جامعة عين شمس
كلية التربية
قسم الصحة النفسية

التشخيص النفسى

تشخيص وتقويم الفئات الخاصة

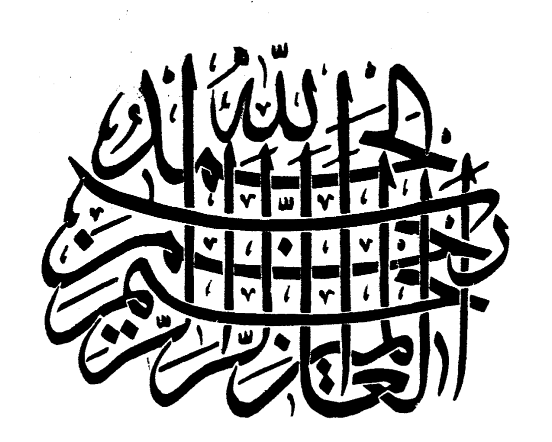
دكتورة
إيمان فوزى

الجزء الثانى

٢٠٠٥م

الرسالة للطباعة والكمبيوتر
م/ حسام الشحات ٠١٢٢٢٥٦٤٥٧٦




الحمد لله رب العالمين



تقـــــديم :

تماشياً مع الاتجاه المتنامي عالميا للاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، تبذل جهود مكثفة في الوقت الراهن للعمل على تقديم خدمات أفضل لفئات المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة. وسواء كانت هذه الجهود في اتجاه تحسين الخدمات الصحية، أو الاهتمام بالظروف الاجتماعية وبتعديل اتجاهات المجتمع من المعاقين، أو بتوفير فرص التعليم والتدريب وبالتالي توفير فرص العمل الملائمة، في كل الحالات يكون الهدف هو تهيئة الظروف التي يمكن أن تيسر لذوي الاحتياجات الخاصة الاندماج في مجتمعاتهم بصورة طبيعية تؤهلهم لأداء أدوار إيجابية بوصفهم أعضاء فاعلين في المجتمع، لا أفراد يتلقون الرعاية وحسب. هذا الاتجاه من شأنه أن يحقق أهدافا تشمل آثارها الإيجابية ذوي الاحتياجات الخاصة، والمجتمع الذي ينتمون إليه في نفس الوقت.

على أنه مازال هناك الكثير مما ينبغي العمل على تطويره وتعديله في سبيل تحقيق هذه الأهداف. على سبيل المثال، ما يتعلق بالتشريعات المنظمة لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم والتدريب والعمل، سواء بسن قوانين جديدة تلائم الأوضاع الحالية، أو تفعيل التشريعات الموجودة بالفعل والمعطلة بصورة أو بأخرى. كما ينبغي العمل على تطوير استراتيجيات العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة في مجال التربية الخاصة، وتطوير الخدمات المقدمة في مؤسسات الرعاية أو التربية أو التأهيل . . . وهكذا .

ومن البديهي أن أول خطوات العمل على تقديم ما هو أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة – أيا كان نوع الخدمة المقدمة وأيا كان المجال الذي تقدم فيه – هو التحديد الواضح لما نصطلح الآن على تسميته بالاحتياجات الخاصة. فالتخلي عن التسميات السابقة لفئات المعاقين ينطوي على اتجاه حديث في التعامل مع المعاق بروح مختلفة، يمتزج فيها الاحترام والتقدير والاهتمام مع الالتزام العلمي بدقة تقييم قدرات وإمكانات المعاق بالإضافة إلى حكمة ومعقولية المجالات التي تطرح كبدائل عملية يمكن أن تستثمر فيها طاقات ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث تعود هذه الاستثمارات بنتائج إيجابية على المجتمع ككل بشكل عام، وعلى المعاقين أنفسهم بشكل خاص سواء ماديا أو اجتماعيا أو نفسيا .

إن الاحتياجات الخاصة لا تقتصر على ما يمكن تقديمه في سياق برامج التربية الخاصة، أو برامج التدريب والتأهيل ، أو فرص العمل وإمكانية الترقي فيه. وإنما هي احتياجات شاملة لوجود إنسان فرضت عليه أقداره أن يواجه الحياة بمعطيات وإمكانات مختلفة، ولكنه مازال يأمل أن يشارك الآخرين حياتهم بصفته عضو في المجتمع له دور إيجابي مؤثر، بصفته إنسان قادر على العطاء والمشاركة في صنع مستقبله ومستقبل مجتمعه الكبير.

إن رسم الخطط وتطوير الاستراتيجيات يجب أن يستند أساسا إلى الاحتياجات الفعلية لذوي الاحتياجات الخاصة، ويجب أن تراعى فيه آمالهم

وطموحاتهم بنفس القدر الذي تراعى فيه إمكاناتهم وقدراتهم. وفي ظل مجتمع تتحول فيه الاتجاهات من المعاقين تحولا إيجابيا، تعاد صياغة العلاقة بين ذي الاحتياجات الخاصة ومجتمعه بالصورة التي يمكن أن تثمر معها إثمارا طيبا يعود على كل أطرافها.

الفصل الأول

﴿ التشخيص النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة ﴾



﴿ التشخيص النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة ﴾

وجهة نظر إنسانية

تمثل فئة ذوي الاحتياجات الخاصة قطاعا كبيرا من أي مجتمع ، وتتميز هذه الفئة بخصائص عديدة تجعلها ميدانا خصبا للدراسات النفسية والاجتماعية، بالإضافة بالطبع لكونها الفئة المستهدفة في سياق الدراسات التي يقوم بها أخصائيو التربية الخاصة. وعلى مدى عقد من الزمن - تقريبا- بدأت الدراسات النفسية في مصر تقتدي بالاتجاهات العالمية الحديثة، فتوجهت اهتمامات الباحثين إلى الفئات المختلفة لذوي الاحتياجات الخاصة تستكشف خصائص البنيان النفسي لأفراد تلك الفئات وتتعرف على طبيعة المشكلات التي تواجههم وتقترح الحلول والأساليب التي يمكن التغلب بها على تلك المشكلات، أو تخطي المعوقات التي تحول دون أفضل فرص الحياة الطبيعية لذوي الاحتياجات الخاصة، ليس فقط فيما يتعلق بمجالات التعليم والتأهيل والتدريب، وإنما في كافة مناشط الحياة التي تشمل الجوانب الاجتماعية والنفسية. وهذا الاتجاه يعبر عن بدايات تحول وتغير في الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، مما يمهد الطريق أمام تحسن أوضاع تلك الفئات في مجتمعنا، واحتلالهم لمكانة اجتماعية يستحقونها، واضطلاعهم بأدوار إيجابية كأفراد منتجين شأنهم شأن كل أعضاء مجتمعهم.

لقد أسهمت الدراسات النفسية في السابق بقسط وافر في تشكيل اتجاهات سلبية نحو المعاقين، وذلك باستخدام مصطلحات عديدة للتعريف بفئات الإعاقة. من أمثلة تلك المصطلحات "العجز"- عندما يتحدث الطبيب عن نسبة عجز ٣٠٪ أو ٥٠٪ مثلاً، أو مصطلح المأفون أو الأبله في تصنيف الإعاقة الذهنية... إلى آخر تلك التسميات. وقد تكون هذه المصطلحات اشتـقت بناء على ضرورة ، حيث تعد هي الوسيلة التي يمكن من خلالها تمييز فئات المعاقين وفقاً لطبيعة إعاقتهم ووفقاً لطبيعة الخدمات الخاصة التي يحتاجون إليها، ومع ذلك فإن استخدام تلك المصطلحات يحدث تأثيراً أقل ما يوصف به أنه تأثير مؤلم حتى بالنسبة لغير المعاقين . والحقيقة أن المصطلح أو مجموعة التسميات والألفاظ المستخدمة للدلالة على فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ما كان ليؤدي في حد ذاته إلى إحداث هذا الأثر غير المرغوب، إلا في إطار من اتجاهات اجتماعية عامة تعتبر الإعاقة نقصاً ، وتعتبر المعاقين عبئاً على غيرهم من العاديين. فالمسئولية تقع على المجتمع بأسره عندما يتكون في إطاره مفهوم اجتماعي سلبي للإعاقة. إلا أن علم النفس أسهم لفترة طويلة في ترسيخ وتكريس هذا المفهوم السلبي من خلال أساليب عمقت من الاختلافات بين العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، ودعمت الفصل بين الفئتين وعزل فئات غير العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع، وحددت مناطق نشاطهم فقط في الأجزاء التي يسمح المجتمع لهم بممارسة حياتهم في إطارها وفقاً لتوصيات أهل "الخبرة".

لكن الصورة- لحسن الحظ - لم تستمر بهذه القتامة لفترة طويلة، وذلك منذ بدأت بعض الاتجاهات الحديثة تنادي بالدمج المدروس لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع على نطاق أوسع ، وتقديم خدمات تعليمية وتأهيلية ملائمة للنهوض بمستويات أداء ذوي الاحتياجات الخاصة بما يتيح لهم الفرصة للاندماج الفعال في المجتمع. وقد صاحب ذلك صدور بعض التشريعات التي تكفل حماية حق الحياة الطبيعية لفئات غير العاديين سواء من حيث فرص التعليم أو العمل أو ممارسة الأنشطة الاجتماعية... الخ.

وهي كلها خطوات محمودة تفتح الطريق لتحقيق أهداف أخرى أوسع آفاقاً للفئات الخاصة وللمجتمع ككل.

ولعل إحدى خطوات البداية كانت تلك التي اتخذت في سياق بعض الدراسات النفسية التي اهتمت بتحليل اتجاهات العاديين نحو المعاقين، وبتفسير سلبية موقفهم تجاه مفهوم الإعاقة وتجاه الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة (صلاح مخيمر ١٩٦٠) . وقد خرجت بعض هذه الدراسات بنتائج مثيرة للاهتمام ، منها- على سبيل المثال- إن بعض الأفراد قد يكونون اتجاهات سلبية تجاه الإعاقة أو تجاه ذوي الاحتياجات الخاصة والمعاقين في إطار من بنية نفسية تنطوي على قدر من مشاعر الذنب مثلاً ،حيث يعتقد صاحب الاتجاه السلبي انه مستهدف للخطر،وخطر الإعاقة على وجه التحديد . وبذلك يعبر الاتجاه السلبي من الاعاقه عن نوع من الدفاع ضد مخاوف أن يصبح الإنسان

معاقاً .وفي بعض الحالات الأخرى قد يستخدم الاتجاه السلبي نحو المعاقين كنوع من التغطية لبعض مشاعر الدونية والنقص،حيث يتغلب الإنسان على تقديره المنخفض لذاته من خلال اختيار نماذج الاعاقه كي يقارن ذاته بها فيستشعر نوعا من التفوق الكاذب. ونموذج المعاق في المثالين يستخدم على أساس أنه نموذج للإنسان في علم النفس ، ليس بدافع عاطفي هدفه حماية ذوي الاحتياجات الخاصة ــ لأن هذا هو الوجه الأخر من معاملتهم كآدميين من الدرجة الثانية ــ وإنما لأن هذا من وجهة نظرهم هو ما يطرحه الواقع ويؤيده العلم (فرانك سيفرين ١٩٧٨ ص ص ١٥- ١٨).

فالمعاق ليس إنساناً ناقصاً ، ولكنه إنسان يختلف. أنه بنية كلية لها انتظامها الفريد، وشخصيته المتكاملة هي الإطار الأعم لهذا الانتظام. وليست الإعاقة سوى واحد فقط من المعطيات العديدة التي تتكون منها الصورة الكلية لهذا الانتظام الفريد.

هذا المفهوم المتطور للإعاقة ندين بفضلة إلى المدارس الفكرية التي تنتمي إلى علم النفس الإنساني ــ القوة الثالثة في علم النفس، وعلى وجه الخصوص تلك الإسهامات التي قدمتها مدرسة علم نفس الجشطالت،وهي المدرسة المعروفة باسم مدرسة الصيغة الكلية.

والجشطالت هي مدرسة فيزيائية في المقام الأول،اهتمت بترجمة قوانين الفيزياء إلى لغة نفسية تعبر بصورة مذهلة عن بعض أهم خصائص الشخصية

الإنسانية. من هذه القوانين قانون علاقة الكل بالأجزاء لفون اهرنفلر Von Ehrenfels ، وقانون الامتلاء أو الجشطالت الحسنة لفرتهايمر Wertheimer . وهما قانونان ذوا أهمية خاصة بالنسبة لما يعرف بسيكولوجية الإعاقة.

أولاً : قانون الكل والأجزاء :-

فمن أهم خصائص الجشطالت استقلال الكل بخصائص تميزه عن خصائص الأجزاء التي يتكون منها. فالجشطالت شئ آخر، أو هي شئ يزيد على حاصل جمع أجزائها (بول جيوم ١٩٦٣ ص٢٧) . والشخصية هي بنية كلية، أي جشطالت، لا يمكن فهمها فقط من خلال فهم خصائص الأجزاء التي تتكون منها، ولكن المهم هو الانتظام الفريد للأجزاء المكونة للشخصية في إطار البنية الكلية لهذه الشخصية. فعلى سبيل المثال إذا جمعنا بعض سمات الشخصية من قبيل الشجاعة والعدالة والحكمة والإيثار، لا يمكن إطلاقاً أن نحصل على انتظام فريد لشخصية لنكولن أو غاندي. "فمن المستحيل حتى في الخيال أن نجمع لنكولن أو غاندي من سمات مقننة جاهزة على الرف" (فرانك سيفرين ١٩٧٨ ص١٥).

ويلاحظ أن الكيفية التي ينتظم بها الجزء في الكل هي التي تحدد خصائص الأجزاء. فالجزء يكتسب معناه ودلالته من خلال انتمائه للكل، لا العكس. بعبارة أخرى ، إن الإنسان بنية كلية مكونة من أجزاء ، ولكنها ليست مجرد مجموع هذه الأجزاء ، وإنما تكتسب تلك الأجزاء دلالتها من خلال

إنتمائيا إلى الكل ومن خلال الدور الفريد الذي تلعبه في سياق هذا الكل. فالقدرات الخاصة – مثلاً – لا دلالة لها في ذاتها ، ولكنها تكتسب دلالتها في ضوء طبيعة الدور الذي تؤدية في إطار الكل الذي تنتمي إليه : الشخصية. فالموهبة– على سبيل المثال– يمكن أن تكون أحد أهم الخصائص الإيجابية للشخصية في حالة استثمارها على النحو الأمثل ، في حين أن الموهبة غير المستقلة واقعاً يصعب اعتبارها واحدة من مكونات الشخصية أصلاً .

وينطبق هذا على معطيات الإعاقة في ضوء الدور الذي تلعبه في إطار السياق الكلي للشخصية. فقد تكون محوراً للاحباط ومشاعر الدونية ، وقد تمثل دافعاً لاكتشاف الإمكانات وباعثاً على تطوير الذات والارتقاء بها.

ثانياً : قانون الجشطالت الحسنة :-

وهو قانون يستند إلى مبدأ فيزيائي يعرف باسم مبدأ لوشاتليه Le Chatelier القائل بأنه "إذا طرأ تغير على عامل من العوامل الحاكمة لشرط من شروط الاتزان ، فإن الاتزان يتعدل بصورة تميل إلى إزالة أثر هذا التغير" (بول جيوم ١٩٦٣ ص٥٦). فالبنية الكلية تميل تلقائياً إلى إحداث تعديلات في اتجاه ما هو أكثر اتزاناً ، وأكثر تجانساً ، وأكثر اتساقاً . وعلى المستوى الفيزيائي يمثل الشكل الكروي أحد أفضل صور البنية الكلية ، أنها النموذج الفيزيائي للجشطالت الحسنة. فعلى سبيل المثال ، نجد نقطة الزيت التي هي في حالة اتزان مع سائل آخر غير قابل للامتزاج بها ، تميل إلى اتخاذ شكل كروي

مكتمل . فإذا ما حطمناها ، فإن الأجزاء المتناثرة- عن طريق إعادة توزيع الجزيئات في المكان- تكون في التو كريات جديدة أصغر. ذلك أن الكرة من بين كل الأشكال الممكنة عندما تتساوى الحجوم تكون هي الشكل الذي يتميز بأصغر سطح ممكن ، وهي أيضاً أكثر الأشكال بساطة واتساقاً. والجدير بالملاحظة هنا هو أن وظيفة الجزيئات في إطار الكل الجديد قد تتغير ، فالجزء الداخلي قد يلعب دوراً في تكوين السطح الجديد ، أو العكس. المهم هو أن تصبح الجشطالت في كل الظروف من الحسن والجودة بقدر ما تستطيع في ظل الشروط القائمة (بول جيوم ١٩٦٣ ص٥٧).

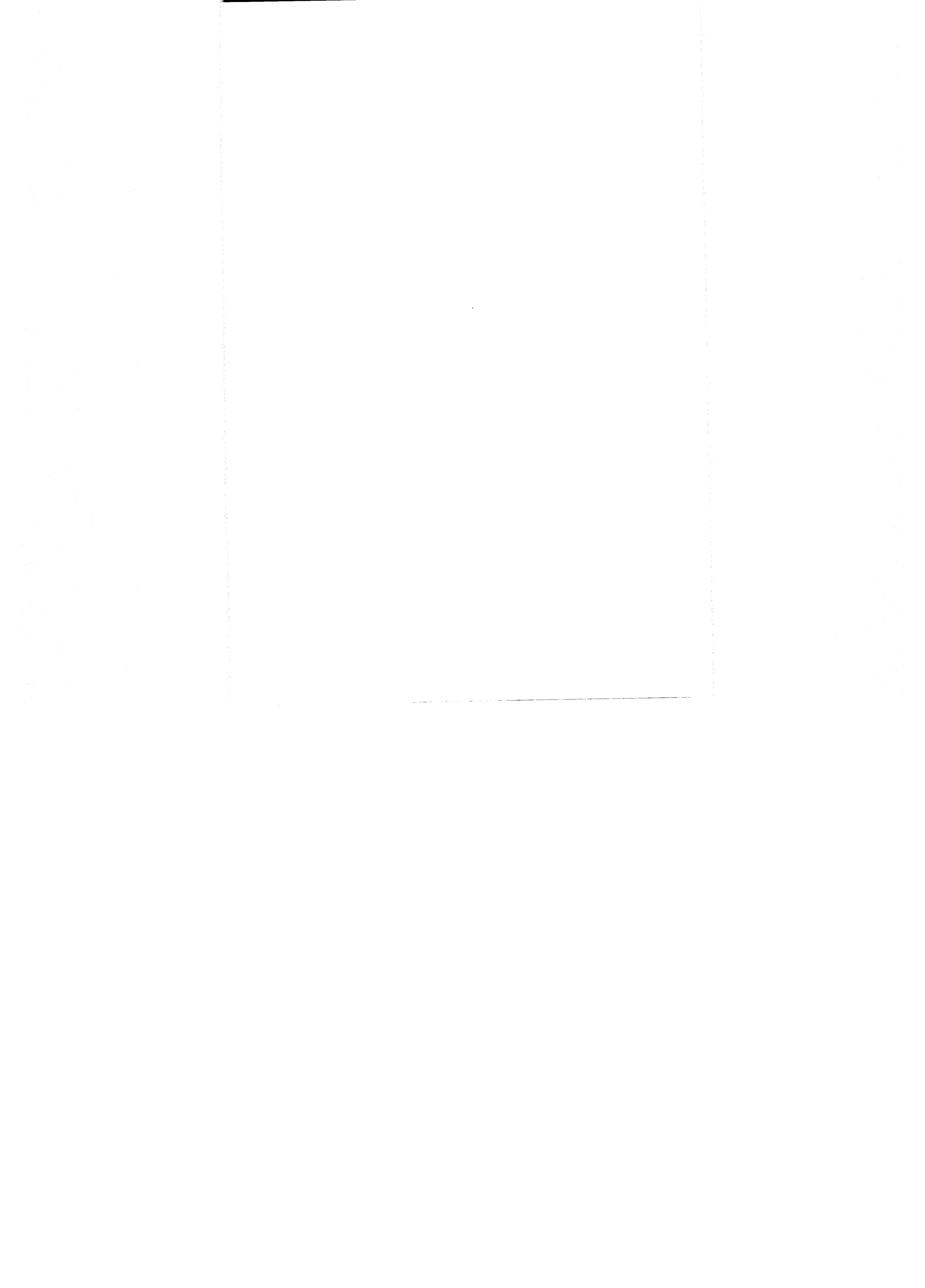
هذا القانون يمكن أن يفسر العديد من التحولات في الشخصية الإنسانية عندما تتغير الظروف المؤثرة على وجودها . فمحاولات التكيف للأوضاع الجديدة تكشف عن ميل أصيل في الشخصية للوصول إلى أفضل بنية نفسية ممكنة. وهذا الميل ليس تلقائياً كما هو الحال في الفيزيائيات ، وإنما هو فعل ينتمي إلى "مفهوم الفعل البشري ، هذا الذي يحقق نظاماً بفضل فكرة عن النظام ، فكرة تتراكب فوق القوى العمياء التي يسخرها الفعل البشري في خدمته" (بول جيوم ١٩٦٣ ص ٥٨). فالإنسان يسعى قصدياً لاسترداد أفضل بنية كلية ممكنة.

وهذا أمر يسهل تطبيقه على حالات الفئات الخاصة. على سبيل المثال ، إذا كانت القدرات مكتملة – وهو أمر نسبي بالطبع – فإن الجشطالت تكون في أحسن وضع. ولكن مع تعطل إحدى تلك القدرات ، يحدث توتر في البنية الكلية

يهدف إلى استعادة الجشطالت الحسنة. فيبدأ الفرد في تنشيط بعض القدرات الأخرى لديه بحيث يستثمرها استثماراً تعويضياً يمكن من خلاله استكمال الوظيفة أو الأداء النهائي باستخدام أدوات بديلة. فالكفيف يقرأ بأصابعه ، والأصم الأبكم يسمع بعينية ويتحدث بحركات يديه وإيماءات رأسه... وهكذا. وعلى هذا النحو يمكن استعادة أفضل بنية كلية في ظل ما تسمح به الظروف القائمة.

من هذا يتضح أن وجهة النظر الإنسانية في علم النفس تطرح مفهوماً مختلفاً للإعاقة وتصوراً فريداً للبناء النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة. هذا التصور يتيح للسيكولوجي الكلينيكي الفرصة لتطوير منظور شامل يستطيع من خلاله التعامل بصورة أكثر فاعلية مع فئات المعاقين. وفي إطار عملية التشخيص والتقويم ، يبدأ بجمع البيانات التي تمثل المعطيات الجزئية لشخصية المعاق ، مثل نوعية وطبيعة الإعاقة ، ومدى شدتها ، ثم القدرات والإمكانات الأخرى التي تتوفر لدى المعاق ، أي الطاقات والقدرات البديلة التي يمكن أن تستثمر لتعويض تأثير الإعاقة ، وذلك بالإضافة إلى الجوانب النفسية التي يمكن أن تدعم الشخصية وتدفع إلى اكتشاف الطاقات غير المستغلة واستثمارها. وبذلك يمكن تحديد الأهداف والاستراتيجيات التي تتعدل في ضوئها البنية الكلية لشخصية المعاق بما يحقق له أفضل مستوى من التوافق النفسي والاجتماعي ومن الصحة النفسية .

هذا هو الدور الذي ينبغي أن يقوم به السيكولوجي الكلينيكي في إطار تأديته لمهمة التشخيص النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة . والحقيقة أن دوره هنا لا يختلف – من حيث المبدأ – عن الدور الذي يقوم به إزاء الحالات الأخرى. ولكن كل حالة تطرح معطيات خاصة وتظهر خصائص فريدة مميزة. ومن خلال تقدم عملية التشخيص والتقويم يتحدد مسار العمل مع كل حالة بما يلائمها في مرحلة جمع المعلومات وتقدير الخصائص ، أو في مرحلة رسم الخطط العملية التي تحقق الهدف النهائي من عملية التشخيص النفسي.



الفصل الثانـي

أهداف عملية التشخيص والتقويم لذوي الاحتياجات الخاصة



(أهداف عملية التشخيص والتقويم)

لذوي الاحتياجات الخاصة

تعرف عملية التشخيص النفسي على أنها تلك العملية التي يقوم بها السيكولوجي الكلينيكي، يجمع في سياقها البيانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من إصدار مجموعة من الأحكام والآراء التقيمية التي تتضمن الوصف الدقيق لقدرات الفرد وإمكاناته ، والمستوى الذي تتبدى به تلك القدرات والإمكانات فعلياً في أداء الفرد كما تتضمن وصفاً دقيقاً للمشكلات والصعوبات والمعوقات التي تحول دون تحقيق أفضل أداء ممكن ، والأسباب المؤدية إلى تكون هذه المشكلات والمعوقات .. وذلك بهدف وضع تصور أو استراتيجية لخطة عمل ملائمة تنفذ مع هذا الفرد ، بحيث يمكن عن طريقها استثمار قدرات الفرد واستعداداته وإمكاناته إلى أقصى الحدود الممكنة ، والتغلب على المشكلات والمعوقات والصعوبات أو تحييد آثارها السلبية.

والتشخيص النفسي بهذا المعنى يغطي كافة جوانب الشخصية ويخدم معظم أغراض السيكولوجي الكلينيكي في وضع أســس تقديم خدمة شاملة للشخصية ، لا التعامل مع بعض جوانب الشخصية على حساب إهمال بعض الجوانب الأخرى.

ويلاحظ في الوقت الراهن أن مصطلح التشخيص Diagnosis أصبح أقل استخداماً ، حيث حل محله مصطلح التشخيص والتقويم Assessment. هذا المصطلح الأخير أصبح شائع الاستخدام حتى بالنسبة لأغراض علم النفس الكلينيكي عند التصدي لموضوعات التشخيص والعلاج والإرشاد النفسي. فبالرغم من أن مصطلح التقويم يرتبط بالاستخدامات التجريبية للمقاييس المقننة ، إلا أن العزل بين ما هو كيفي في الشخصية عما هو كمي أصبح تاريخاً في علم النفس المعاصر تجاوزه أصحاب كافة الاتجاهات النظرية ، وذلك منذ بدأ دانييل لاجاش دعوته إلى ما أسماه بالكلينيكية المسلحة ، حيث يرى أن دراسة شخصية من الشخصيات لهي مهمة ليس لها من نهاية. ولا يمكن أن تكتمل من الناحية النظرية. فالاستجواب والفحص مهما أمعنا ، والتحليل النفسي مهما توغل ، كلها لن تضطلع ببرنامج هذه الدراسة إلا جزئيا . فمثل هذه الاتجاهات تتطلب الكثير والكثير من الوقت . هذا إلى أنه ليس ثمة مقياس ولا بطارية من المقاييس تستطيع أن تتيح معرفة كافية عن الشخصية في تكثرها ووحدتها . فالمقاييس ليست غير عمليات من السبر تتفاوت في عددها أو اتساقها أو عمقها . وتجد هذه المشكلة في الحالة الراهنة لمعارفنا في النزعة الكلينيكية المسلحة ، حيث تسمح الاستعانة بالمقاييس التي أحسن انتقاؤها وتطبيقها وتأويلها بالزيادة من السرعة والنفاذ وتحديد الأطر المرجعية (دانييل لاجاش ١٩٦٥م ص ٣٣، ٣٤) .

هذا الاتجاه يصبح مفيداً بشكل خاص عند التعامل مع حالات ذوي الاحتياجات الخاصة . فحتى بالنسبة لأغراض تحديد مستوى الأداء لقدرة من القدرات فإن القياس وحده لا يصلح إلا للحكم على الاستعداد ، ولكنه لا يكفي لتقييم الاستخدام الفعلي للقدرة ، ولا يكشف عن العوامل الأخرى من الشخصية التي تيسر استغلال القدرة أو تعوقه .

فالاختبار – قياسياً كان أم كلينيكياً – لا يقدم لنا إلا معطيات جزئية . ويقع على عاتق النظرة الكلينيكية أن تضطلع بتحديد مكان هذه المعطيات من الكل ، وباستخلاص ما للأداء من دلالة (دانييل لاجاش ١٩٦٥م ص٣٧) .

من هذا يتضح أن عملية التشخيص والتقويم تهدف إلى دراسة الشخصية دراسة شاملة تغطي جوانب الضعف والقوة ، وعوامل التفوق والقصور في نفس الوقت . وتستنبط من المعطيات الجزئية صورة كلية تتضح فيها خصائص الشخصية ، لا تقتصر فقط على التحديد الكمي أو الوصف الكيفي لبعض المشكلات التي تعترض الفـــرد .

وبهذا المعنى الشامل يمكن أن تغطي عملية التشخيص والتقويم أهدافها العامة المعروفة سواء على المستوى العلمي المعرفي ، أو على المستوى العملي التطبيقي . وهي أهداف توجه انتقائياً في ضوء الظروف الخاصة بكل فئة أو كل حالة يتم تناولها . وبالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة توجه عملية التشخيص

والتقويم لتحقيق أهدافها النظرية والتطبيقية على محورين رئيسيين ، أولهما يدور حول الاحتياجات الخاصة بالأفراد ، في حين يدور الثاني حول السياسات والاستراتيجيات العامة التي يتم العمل في ضوئها على تطوير الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة . أما فيما يتعلق بالأهداف النظرية العلمية التي يمكن أن تتحقق من خلال عملية التشخيص والتقويم لذوي الاحتياجات الخاصة على المستوى الفردي فيمكن القول أن لها ما يميزها على نحو محدد . فمن البديهي أن تهدف عملية التشخيص النفسي لتحقيق أفضل فهم لشخصية المعاق ، وهو ما ينطبق أيضاً على فئات الفائقين عقلياً ، إلا أن الاهتمام في هذا السياق يتركز حول الاحتياجات الخاصة للمعاقين . وبذلك لابد أن تتضمن أهداف التشخيص والتقويم الفهم الدقيق لحالة الإعاقة ، ليس بوصفها إحدى مشكلات الشخصية ، وإنما بوصفها إحدى معطيات هذه الشخصية ومكون من مكوناتها التي لا يمكن فهمها إلا من خلال فهم الكيفية التي تلتئم بها تلك الإعاقة مع بناء الشخصية ككل ، والكيفية التي يتقبل بها المعاق إعاقته أو يرفضها ويتمرد عليها ، ودرجة وعي المعاق بإمكاناته وقدراته في ضوء المعطيات الواقعية والموضوعية لنوعية الإعاقة ودرجتها أو شدتها .

تلك المهمة الأخيرة – التي تتعلق بتحديد طبيعة وشدة الإعاقة تحديداً موضوعياً – تطرح على عاتق القائم بعملية التشخيص والتقويم اعتباراً ينتمي إلى ما سبق مناقشته في سياق التناول الإنساني لمفهوم الإعاقة . فالتشخيص

والتقويم لا ينصب فقط على الإعاقة ، وإنما ينصب على شخصية الإنسان المعاق ، والتي هي كيان كلي يحدد دلالة الأجزاء أو المعطيات الجزئية التي يتكون منها . وهذا يعني أن طبيعة الإعاقة تتأثر بخصائص شخصية المعاق ، وبالظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها . وهي كلها عوامل يجب أن تدخل في تحديد ورسم الصورة الكلية للشخصية ليصبح من الممكن وضع تصور لما يعرف بتشخيص المآل الذي سوف تتجه إليه شخصية المعاق تحت ظروف التدخل المتوقع أو المقترح مع كل حـــالة .

أما على المستوى الجماعي ، فالأهداف النظرية تتحدد في إطار أكثر اتساعاً يمس الاستراتيجيات العامة التي تخطط لاستحداث وتطوير الخدمات المقدمة لفئات غير العاديين . فالمعلومات التي تتوفر عن العمل مع الأفراد – سوأ المعاقين أو المحيطين بهم والمتعاملين معهم – والجماعات أو المؤسسات ذات الصلة باحتياجات الفئات الخاصة ، كلها تسهم في تكوين صورة عامة واضحة عن مدى انتشار النوعيات المختلفة من الإعاقات والأسباب التي تزيد ، أو تحد ، من انتشار الإعاقة أو الظواهر النفسية والاجتماعية و الاقتصادية المرتبطة بها ، والتأثيرات المتبادلة وطبيعة التفاعل بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ومجتمعهم ، وكم ونوع الخدمات والمؤسسات المتواجدة ، والمطلوب إيجادها لسد ثغرات أو جوانب نقص أو قصور معينة ، ومدى نجاح أو فشل البرامج المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة في تحقيق أهدافها ... وهكذا .

فعملية التشخيص والتقويم يمكن أن تسهم في عمليات المسح الشاملة لأوضاع ذوي الاحتياجات الخاصة وظروفهم بصورة مرحلية متجددة ، بما يتيح الفرصة للحكم الموضوعي على تلك الأوضاع والظروف تمهيداً لاتخاذ الاجراءات العملية الملائمة للتصوير والتحديث باستمرار .

وفيما يختص بالأهداف العملية التطبيقية التي يمكن أن تسهم نواتج عملية التشخيص والتقويم في تحقيقها ، فنتائج عملية التشخيص لها قيمة كبرى عند التصدي لأغراض تعديل وتطوير برامج التربية الخاصة وبرامج التأهيل والتدريب التي تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة ، وأيضاً عند التصدي لأغراض وضع الاستراتيجيات العامة وإعداد برامج المؤسسات التي تقدم كافة أنواع الخدمات لفئات المعاقين .

أما على المستوى الفردي ، فإن عملية التشخيص والتقويم للفئات الخاصة تهدف عملياً إلى وضع الأسس العلمية والموضوعية لعمليتي التوجيه والإرشاد ، وذلك على النحو التالي :

(أ) التوجيه التربوي والمهني :

من المعروف أن عملية التوجيه – سواء كان توجيهاً تربوياً أو مهنياً – تتضمن مجموعة من الخدمات التي تقدم للفرد بهدف اكتشاف أهم ما يميزه من

خصائص واستعدادات ، وميول وإمكانات ، ومساعدته على اختيار أكثر المجالات العملية التي تطرحها بيئته ملائمة .

ويتعلق التوجيه التربوي باختيار أنسب التخصصات المتاحة أمام الفرد المتعلم طوال الفترة التي يقضيها طالباً للعلم ، في حين ينصب التوجيه المهني على اختيار أنسب المهن التي يمتهنها الفرد في ضوء إمكاناته واستعداداته وميوله ، وفي ضوء تأهيله وتدريبه السابق .

وبذلك فإن دقة تشخيص حالات الإعاقة تكون هي الضامن الوحيد لنجاح عمليتي التوجيه التربوي والمهني ، ففي سياق عملية التشخيص والتقويم – التي تتضمن تشخيصاً وتقويماً تربوياً – تتحدد أكثر البرامج التربوية المتاحة في بيئة المعاق ملائمة لقدراته وخصائصه ، وهذا بدوره يضع الأساس لنجاح عملية توجيهه مهنياً . حيث أن برامج التعليم والتدريب الملائمة تؤدي إلى أفضل استغلال واستثمار لطاقات المعاق بما يمهد الطريق للوصول إلى أفضل مستوى أداء مهني عندما يبدأ المعاق في توظيف قدراته التي اكتسبها وصقلها من خلال برامج تعليمية تدريبية تأهيلية ناجحة .

ونظراً لأن التوجيه ، سواء كان تربوياً أو مهنياً ، يحقق نوعاً من التوازن بين قدرات الفرد الحقيقية وبين إمكانات المجتمع الواقعية (فكل بيئة تطرح برامجاً لها مواصفات خاصة تحددها إمكانات المجتمع) ، فإن عملية التشخيص

والتقويم تبرز النقص فيما تتيحه البيئة من اختيارات واقعية قائمة ، وذلك من خلال إبراز احتياجات الفئات المختلفة للإعاقة لا تكفي البرامج التربوية لتلبيتها ومن خلال إبراز قدرات لا تفي فرص العمل المتاحة باستثمارها .

(ب) الإرشاد النفسي :

الإرشاد النفسي هو تلك العملية البناءة التي تهدف إلى مساعدة الفرد كي يفهم ذاته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته ثم يوظف هذه المعرفة وهذا التحدد من أجل تحقيق أهدافه وحل مشكلاته وبلوغ أفضل مستوى من الصحة النفسية .

بهذا يشترك الإرشاد النفسي مع التوجيه التربوي والمهني في أن لكل منهما جانبه المعرفي النظري (الذي يتعلق بفهم الشخصية) وجانبه العملي (الذي يوظف هذا الفهم لتحقيق أهداف الفرد) .

إلا أن الفهم الذي يتحقق في سياق عملية الإرشاد النفسي يتعلق بصورة أكبر بالخصائص الشخصية والجوانب النفسية ، وذلك بأكثر من الميول والقدرات والاستعدادات . كما أن الجانب العملي يهتم بالتعامل مع المشكلات النفسية وتنمية الشخصية بالتركيز على جوانب التوافق النفسي ككل ، لا التوافق الدراسي والمهني فقط .

والحقيقة أن للإعاقة أبعاد نفسية واجتماعية تشكل نوعاً إضافياً من الضغوط النفسية على ذوي الاحتياجات الخاصة . وهي أمور يجب أن تؤخذ في الاعتبار عندما يتعامل السيكولوجي الكلينيكي مع حالات المعاقين .

ونظراً لأن الهدف النهائي من عملية الإرشاد النفسي هو الوصول بالإنسان إلى أفضل توافق نفسي ، أي أفضل مستوى من الصحة النفسية وأفضل تحقيق للذات ، فإن هذا يعني أن الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن يهدف لأن يجتاز المعاق "عقبة" الإعاقة كي يستطيع أن يحقق ذاته ويحقق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية والتوافق .

وإذا كان التوافق هو "الرضا بالواقع الذي يبدو هنا والآن مستحيلاً على التغير ، ولكن في سعي دائب لا يتوقف لتخطي الواقع الذي ينفتح للتغير مضياً به قدماً على طريق التقدم والصيرورة" (صلاح مخيمر ، ١٩٧٩م ص١) ، فإن هذا التعريف ينطبق على العاديين ، ويمثل مطلباً أكثر إلحاحاً بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة.

فالواقع الذي يبدوا هنا والآن مستحيلاً على التغير بالنسبة للمعاق هو إعاقته . ورفض هذا الواقع أو إنكاره ليس سوى مظهر من مظاهر اللاتوافقية . في حين أن تقبل هذه الحقيقة ، واعتبارها واحدة من معطيات الحياة يعد بمثابة الخطوة الأولى لتخطي عقبة الإعاقة . لأن هذا الرضا والتقبل لا يعني الاستسلام

والخضوع أو اليأس ، وإنما يعني فتح الباب أمام بحث الإنسان واكتشافه لطاقاته المهدرة وإمكاناته غير المستغلة ، كي يستثمرها ويوظفها ، لا من أجل تعويض أوجه النقص ، وإنما من أجل أفضل تحقيق للذات وبالتالي تقدير أرفع للذات ، وهذا بالتحديد ما يجب أن يتحقق من خلال إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة.

توظيف نواتج عملية التشخيص والتقويم عملياً :

مما سبق يتضح أن البيانات والنتائج التي يمكن أن نحصل عليها في سياق عمليات التشخيص والتقويم على المستويين الفردي والجماعي تمثل العمود الفقري لبناء وتطوير استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتقدم دعماً موضوعياً يوجه تلك الاستراتيجيات توجيهاً يعزز فرص نجاحها وتحقيقها لأهدافها وتحسين مستوى الخدمات المقدمة وتطويرها بصفة مستمرة .

وبالإضافة إلى أهمية نواتج عمليات التشخيص والتقويم بالنسبة لصانعي القرار ومسئولي رسم الاستراتيجيات العامة للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، فإن لهذه النواتج أهمية أيضاً بالنسبة للأفراد – ذوي الاحتياجات الخاصة – سواء كانوا طلاباً في برامج التربية الخاصة ، أو مهنيين ، وبالنسبة للآباء وأولياء أمور المعاقين ، ومدرسيهم ، والأخصائيين النفسيين المدرسيين ، وكافة نوعيات التخصصات المهنية ممن لهم اتصال مباشر أو غير مباشر مع مؤسسات خدمة ذوي الاحتياجات الخاصة . فكل القرارات التي تتخذ بشأن

الخدمات التعليمية أو التدريبية والتأهيلية ، يجب أن تستند إلى أساس من قاعدة بيانات موضوعية لا يمكن أن تتوفر إلا كنتيجة لعملية – أو عمليات – تشخيص وتقويم دقيقة ومستمرة .

وقد طرح كل من ساليفا وإيسلدايك تصوراً للكيفية التي يمكن بها استخدام البيانات المتوفرة عن عملية التشخيص والتقويم لدعم القرارات التي يمكن من خلالها تحقيق أهداف تشخيص وتقويم ذوي الاحتياجات الخاصة . (Saliva & Ysseldy, 1981, Pp. 14- 17)

فبعض نواتج عملية التشخيص والتقويم يمكن أن تفيد في اكثر من نوعية من القرارات المتخذة ، في حين يتم توظيف بيانات معينة لتحقيق أهداف بعينها دون غيرها . والمهم هو كيفية الاستخدام المرن للبيانات المتوفرة بحيث لا تتضارب القرارات ولا يتم حل بعض المشكلات على حساب إهمال البعض الآخر ، أو توظيف بعض نواتج عملية التشخيص والتقويم لتحقيق أهداف معينة في إغفال للنظرة المتكاملة التي تتحقق في سياقها أهداف ذوي الاحتياجات الخاصة كأفراد ، وأهداف المجتمع الذي ينتمي إليه جميع افراده من عاديين ومعاقين . (شكل رقم ١)

ويرى ساليفاوايسلدايك أن البيانات المتجمعة كنواتج لعمليات التشخيص والتقويم يجب توظيفها على نحو متسق لتخدم أغراض عديدة أهمها :

١- المسح والفرز أو الغربلة Screening :

وهي عملية تسمح باستعراض المجتمعات الأصلية ، كطلاب المدارس الابتدائية مثلاً ، وتصنيف الفئات المختلفة وفقاً للمعايير المتفق عليها بحيث يمكن التعرف على الفئات التي تظهر فروقاً جوهرية عن معايير العادية بالمقارنة بنظرائهم من نفس الفـــئة العمرية . في هذا السياق تكشف البيانات المجموعة باستخدام أدوات قياس القدرات البصرية والسمعية عن حالات الإعاقات البصرية والسمعية ، وأدوات قياس الذكاء تتيح التعرف على حالات الإعاقات العقلية وحالات الفائقين ذهنياً ... وهكـــــذا .

٢- التحويل والتسكين Placement :

يرى سالفيا وايسلدايك أن "القرارات الخاطئة الخاصة بتحويل الطلاب وإلحاقهم ببرامج خاصة معينة تكون أكثر الأخطاء خطورة. فالطفل الذي يلحق ببرنامج تربية خاصة نتيجة لقرار جانبه الصواب سوف يعاني من وصمة تصنيفية لا مبرر لها، كما أنه سيتلقى تعليماً غير ملائم لحين يمكن تدارك الخطأ من خلال عملية إعادة تشخيص وتقويم" (Saliya & Ysseldyke, 1981, P.534) .

لهذا فإن مثل هذه القرارات يجب أن تكون مدعومة بعملية تشخيص وتقويم دقيقة تقدم أحكاماً ونتائجاً على درجة عالية من المصداقية .

٣- تخطيط وتصميم البرامج Program planning decisions:

ويعني توظيف البيانات المتوفرة لأغراض التخطيط للبرامج التعليمية والتدريبية الملائمة لمتطلبات الأفراد والجماعات. فتلك البيانات تفيد في تحديد مضمون تلك البرامج وتحديد الكيفية والوسائل التي تقدم بها تلك البرامج للأفراد والجماعات على السواء.

٤- تقويم البرامج Program evaluation decisions:

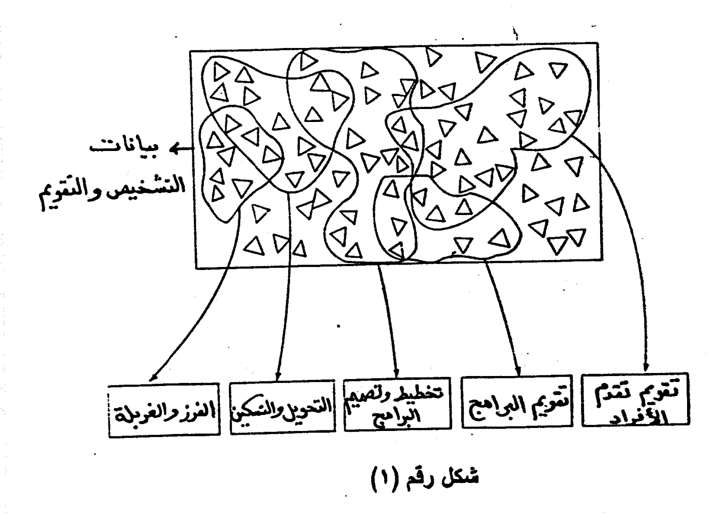
وهنا تصدر الأحكام التقييمية على فاعلية البرامج وقدرتها على تحقيق الأهداف المرجوة منها، وقابليتها للتطبيق دون مشكلات تذكر، وفي ضوء هذا التقويم تتخذ قرارات استمرار أو تعديل وتطوير البرامج المقدمة.

٥- تقويم تقدم الأفراد Assessment of indvidul progress:

بعد فترة من التحاق ذوي الاحتياجات الخاصة بالمؤسسات التي تقدم لهم البرامج الخاصة – سواء التعليمية أو التدريبية – يصبح من الضرورة التعرف

على التطورات التي طرأت على أداء الملتحقين وأيضاً مدى الفائدة التي تحققت لهم على المستوى الشخصي النفسي والاجتماعي.

لقد تحددت خصائص عملية التشخيص والتقويم في ضوء الأسس العلمية الموضوعية التي تضمن التغلب على الأخطاء المرتبطة بالملاحظة غير الدقيقة والقرارات المبنية على الأحكام والمشاعر الذاتية حيال من يتخذ بشأنهم القرار. وبناء على ذلك تصبح عملية التشخيص والتقويم الدقيقة ومعيارية المرجع norm-referenced assessment هي أهم خطوة على طريق اتخاذ القرارات الصائبة والبناءة فيما يختص بالخدمات المقدمة في مجال التربية الخاصة، بل وفي اتخاذ كل القرارات التي تمس ذوي الاحتياجات الخاصة.



شكل رقم (١)

الفصل الثالث

القائمون على عملية التشخيص
والتقويم لذوي الاحتياجات الخاصة
﴿ فريق العمل ﴾

القائمون على عملية التشخيص والتقويم

لذوي الاحتياجات الخاصة

(فريق العمل)

عملية التشخيص النفسي بصفة عامة تنتمي إلى الإطار المرجعي الخاص بعلم النفس الكلينيكي، وبذلك فهي مهمة منوطة بالأخصائي النفسي الكلينيكي، وأحياناً ما يطلق على القائم بهذه المهمة اسم أخصائي التشخيص النفسي dignostician. إلا أن مهمة التشخيص والتقويم بمعناها الواسع تحتاج إلى تغطية مجالات عديدة في الشخصية لها متطلبات تقصر عنها خبرة الأخصائي الكلينيكي وحده. وهذا ينطبق بصفة خاصة على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة. فنظراً لأن شخصية المعاق تقدم معطيات أكثر تعقيداً، وتتداخل فيها جوانب عديدة بدنية جسمية، ونفسية ومعنوية، واقتصادية اجتماعية، تتفاعل جميعاً فيما بينها على نحو يختلف عما هو الحال بالنسبة للعاديين-كل هذا يتطلب تواجد أفراد من تخصصات مختلفة يجمعهم الفهم العميق لمتطلبات العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، والخبرة والدراية بسيكولوجية الإعاقة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن القرارات التي تتخذ بشأن تصنيف أو تحويل ذوي الاحتياجات الخاصة إلى المؤسسات التي تقدم خدمات التربية الخاصة أو التأهيل والتدريب، تكون قرارات على درجة كبيرة من الخطورة والتأثير على مستقبل

الأفراد الذين تتخذ هذه القرارات بشأنهم. لذلك فإن التقييم الموضوعي غير المتحيز يصبح مضموناً بصورة أفضل في ظل العمل الجماعي لفريق متعدد التخصصات.

وعادة ما يتكون فريق العمل المختص بعملية التشخيص والتقويم للفئات الخاصة من طبيب أخصائيي – أو أكثر – من طبيب عند الاحتياج إلى تقييم أخصائيين مختلفي التخصصات ، نفسي كلينيكي ، وأخصائي تربوي ، وأخصائي تربية خاصة ، وأخصائي نفسي مدرس ، وأخصائي اجتماعي .(جوزيف وروبرت زابل ، ١٩٩٩م ، ص ١٨٢ – ١٨٥) .

ونظراً لأن جوانب التقييم تعتمد على وجهات نظر لأصحاب تخصصات مختلفة ، فالأمر يحتاج إلى مجهود إضافي لتنسيق البيانات التي تتجمع عن كافة أفراد الفريق وصياغتها في صورة تقرير متكامل يشمل كل وجهات النظر . وهذه مهمة يقوم بها عادة الأخصائي النفسي الكلينيكي ، أو أخصائي التشخيص والتقويم . وعند اتخاذ القرارات النوعية ، يرجع أخصائي التشخيص والتقويم إلى أصحاب التخصص المعنيين في فريق العمل لاستشارتهم ، حيث يقرر الأطباء نوعية التدخل الطبي الملائم ، ويقرر أخصائي التربية الخاصة البرامج التعليمية والتدريبية المناسبة ، ويقترح الأخصائي النفسي المدرسي تصوره

لكيفية اندماج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع المدرسي ... وهكـــذا .
ثم يقوم منسق فريق العمل بصياغة استراتيجية العمل لتبدأ عملية التنفيذ الفعلي .

إن التشخيص والتقويم المنوط بفريق العمل متعدد التخصصات يتميز باتساع ورحابة المنظور الذي يمكن من خلاله التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، بالإضافة إلى دقة البيانات التي تتوفر عن مجالات عديدة يتصدى لفحص كل مجال منها وتأويل دلالات المعلومات الخاصة به خبير متخصص . وبالتالي يتسم التشخيص بالشمولية والدقة في آن واحد .

فبالنسبة للفريق الطبي ، يعد التحديد المبدئي لمدى انطباق شروط الانتماء لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة أهم الأدوار التي يقوم بها ضمن فريق العمل – خاصة في حالات الإعاقات الحسية والحركية – كما أن درجة أو شدة الإعاقة تتحدد طبياً ، حيث يحتاج منسق عملية التشخيص والتقويم إلى تقرير طبي متخصص يحدد طبيعة الإعاقة كمياً وكيفياً . ويحدد الفريق الطبي أيضاً البدائل البدنية التي يمكن استثمارها والتي يجب أن تتضمن استراتيجية العمل خطة لتنميتها وإعدادها للقيام بأدوار جديدة في إطار الأداء البدني للمعاق .

ويشير التقرير الطبي إلى مقترحات التدخل الطبية سواء باستخدام تجهيزات خاصة أو معينات ملائمة ، أو برامج تأهيلية معينة قد تتضمن توظيف العلاج الطبيعي أو بعض التدريبات الرياضـــية .... وهكـــذا .

أما الأخصائي الاجتماعي فإنه يتعامل مع البيئة الاجتماعية والثقافية لذوي الاحتياجات الخاصة ليحدد الظروف التي نشأت وتطورت فيها خصائص شخصية المعاق ، والإطار الاجتماعي المباشر أو العام الذي يتفاعل معه المعاق والدرجة التي يؤثر بها هذا الإطار على شخصيته سواء بالسلب أو الإيجاب . وبالتالي يتمكن من تحديد موطن الضعف أو المؤثرات السلبية في الخلفية الاجتماعية للمعاق تمهيداً لتحييد تأثيراتها ، كما يتمكن من إبراز مميزات البيئة الاجتماعية والثقافية باعتبارها نقاط قوة يمكن أن تستثمر في إطار من استراتيجية عامة للتعامل مع حالات ذوي الاحتياجات الخاصة وصولاً لأفضل نتائج ممكنة .

والأخصائي النفسي المدرسي له دور هام أيضاً في سياق العمل الجماعي لفريق التقييم عند التعامل مع الطلاب المعاقين . فلديه الفرصة للحصول على بيانات جوهرية تتعلق بمدى تكيف ذوي الاحتياجات الخاصة في مجتمع المدرسة سواء ضمن العاديين أو في المؤسسات التعليمية الخاصة بفئات غير العاديين ، ويستطيع اكتشاف المشكلات التي تعترضهم في مجتمعهم المدرسي . كما أنه يغطي كافة البيانات المتعلقة بأداء ذوي الاحتياجات الخاصة سواء باستخدام اختبارات الذكاء أو من خلال فحص نتائج التحصيل الأكاديمي ، بالإضافة إلى قدرته على تطبيق وتفسير نتائج كافة وسائل القياس النفسي وأدوات التقويم الموضوعية .

ويقوم فريق المتخصصين التربويين ، سواء في مجال التربية الخاصة أو التربية والتعليم للعاديين ، بدور رئيسي بوصفهم ممثلين للنظام التربوي القائم ، مما يمكنهم من طرح البدائل التربوية والتعليمية المتاحة واقعياً في ضوء خصائص وإمكانات وقدرات المتعلمين . وجدير بالذكر أن دورهم يمثل نقاط الارتكاز الرئيسية عند التصدي لتقويم برامج التربية الخاصة وتطوير تلك البرامج في ضوء الاحتياجات الفعلية للفئات المختلفة من ذوي الاحتياجات الخاصة .

أما الأخصائي النفسي الكلينيكي ، أو أخصائي التشخيص والتقويم ، فإنه يقوم بدور مزدوج . فهو في المقام الأول يعد منسق عملية التشخيص والتقويم الذي يجمع وجهات نظر أعضاء الفريق متعدد التخصصات ويصيغها ضمن إطار تشخيصي متكامل تتضافر فيه جهود أعضاء الفريق بالكامل لتقديم نواتج تتميز بتغطية كافة الجوانب المراد تغطيتها واستيفاء كل جانب منها لخصائص الدقة والموضوعية التي يتيحها أداء كل متخصص . أما دوره كأخصائي نفسي كلينيكي فيشمل مهام عديدة منها إجراء المقابلات الكلينيكية واستخدام الوسائل الإسقاطية وتأويل البيانات المتوفرة عنها ، ثم رسم بروفيل متكامل للشخصية توظف فيه كافة المعطيات المتوفرة .

وفي النهاية ، تجدر بنا الإشارة إلى أن فريق العمل يجب أن تحكمه في أدائه لوظيفته ضوابط موضوعية وأخلاقية تكتمل بها وظيفة عملية التشخيص والتقويم . من أهمها تقليل التحيز والأحكام المسبقة إلى أدنى مستوى ممكن من خلال استخدام أدوات ومقاييس مقننة على عينات مشابهه للأفراد الذين يخضعون للقياس والتقويم ، ومقارنة ذوي الاحتياجات الخاصة مع الآخرين الذين يماثلونهم في الأوضاع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية (جوزيف ريزو وروبرت زايل ،١٩٩٩م ص١٨٤) . وأن يكون تأهيل القائمين بعملية التشخيص والتقويم ضمن إطار فريق العمل تأهيلاً رفيع المستوى مدعم بالخبرة في مجال خدمة ذوي الاحتياجات الخاصة . كما يجب أن يتم التعامل مع حالات الفئات الخاصة في إطار من التفهم والاحترام الواجب توفيره لهم ، وأن تحكم عملية التشخيص والتقويم في كل مراحلها السرية التامة واحترام خصوصية الأفراد الذين يخضعون للتقييم .

الفصل الرابع

﴿ إجراءات استقبال ذوي الاحتياجات الخاصة ﴾

﴿ إجراءات استقبال ذوي الاحتياجات الخاصة ﴾

تطبيق عملية التشخيص والتقويم لذوي الاحتياجات الخاصة :

- إجراءات التحويل :

تبدأ عملية التشخيص والتقويم بما يعرف بعملية التحويل ، حيث يظهر الاحتياج إلى تحديد مستوى فرد معين — أو مجموعة من الأفراد — في ضوء متطلبات مجال من المجالات يحتاج إلى مستوى أداء مناسب وملائم لتلك المتطلبات . وقد يستشعر الفرد نفسه الحاجة إلى اكتشاف وتحديد مستوى أداءه ، وان كان المحيطين به في الغالب هم الذين يدركون ضرورة اللجوء إلى المختص لتحديد خصائص وإمكانات وقدرات الفرد المعني . وطلب المشورة المهنية التي تتضمن إخضاع الفرد — أو الأفراد — لعملية التقييم هي ما يعرف بإجراءات عملية التحويل .

وفي مجال ذوي الاحتياجات الخاصة ، يعتبر الاكتشاف المبكر لاختلاف الطفل عن معايير العادية من الأمور التي تيسر التدخل المبكر وصولاً إلى افضل النتائج الممكنة . وفي بعض الحالات تكون الفروق التي يظهرها الطفل عن معايير العادية واضحة للوالدين ، أو للمعلمين . إلا أنه في بعض الحالات الأخرى قد لا تكتشف المشكلة إلا بصعوبة من خلال قوة ملاحظة أم ، أو عين خبيرة لمعلم .

وفي كل الأحوال ، لا يجب أن تكون مزايا التدخل المبكر دافعاً لتعجل تحويل الطفل إلى مختصي عملية التقييم بشكل رسمي ، لأن الخطأ هنا قد يؤثر على الطفل سلبياً ، خاصة إن لم يكن في حالة احتياج حقيقي لعملية تشخيص وتقويم . ويعتقد البعض أنه في حالة تحويل الطفل إلى أخصائي التشخيص النفسي فإن معلومات التقييم قد تستخدم انتقائياً لتأكيد أو دعم معطيات التحويل بدلاً من فحصها وتحليلها بالصورة المطلوبة ، فإذا أضيف إلى ذلك الآثار السالبة للوصم بمسميات معينة ترتبط بالإعاقة أو الاضطراب ، فلابد من بذل مجهود للتحقق من جدوى التحويل قبل اللجوء إلى تنفيذ إجراءاته .

(جوزيف ريزو وروبرت زابل ١٩٩٩ ، ص ١٧٨) .

هذه الجهود التي تبذل للتحقق مما إن كان اللجوء إلى عرض الطفل على أخصائي التشخيص النفسي يمثل ضرورة حقيقية تتضمن ما يعرف باسم أنشطة ما قبل التحويل Prerferral activities وهي أنشطة مخططة تهدف للتأكد من عدم وجود مؤثرات أخرى – غير الإعاقة المتوقعة – تؤثر على مستوى الأداء ، كما تحفز الطفل وتساعده على توظيف إمكاناته المتاحة لتحسين مستوى الأداء لديه . هذه المرحلة يمكن أن يشارك فيها كل من المعلمين والآباء وإدارة المدرسة والأخصائي الاجتماعي النفسي المدرسي ويرى ريزو وزابل أن مرحلة ما قبل التحويل قد تشتمل على إجراءات عديدة من قبيل تعديل بعض المواد التعليمية وأساليب التدريس وبعض الظروف الاجتماعية والمؤثرات على الحالة

الجسمية ، كما يقترحان بعض الأنشطة المحتملة لمرحلة ما قبل التحويل ، مثل تغيير نظام الجلوس في حجرة الدراسة أو نقل الطلاب من مجموعة أكاديمية إلى أخرى أو تقديم مهام أكاديمية يسهل النجاح فيها أو تنظيم عملية مساعدات الأقران Peer tutoring في المجالات الأكاديمية الصعبة أو إيجاد نظام تعزيز للأداء المرغوب . . . وهكذا .(جوزيف ريزو وروبرت زابل ، ١٩٩٩ ، ص١٧٨-١٨١)

فإذا لم تحدث أنشطة ما قبل التحويل تغييراً في مستوى الأداء وظل دون متطلبات الدراسة بأي صورة من الصور ، فإنه يصبح من المطلوب التحويل إلى أخصائي عملية التشخيص والتقويم لاستطلاع حالة الطفل والكشف عن طبيعة الصعوبات التي يعاني منها وكيفية التعامل معها .

❑ إجراءات الاستقبال :

يستقبل أخصائي التشخيص والتقويم الحالات المحولة مصحوبة ببعض المعلومات الأولية . وعادة ما يعمل في إطار مؤسسة تقدم خدمات تعليمية أو تدريبية وتأهيلية لذوي الاحتياجات الخاصة . وأياً كان الأمر فعليه أن يبدأ فوراً في إجراءات عملية التشخيص والتقويم وفقاً لخطة عمل تتكون من المهام التالـية:

١- تحديد الهدف من عملية التشخيص والتقويم .

٢- تشكيل فريق العمل وتوزيع المهام .

٣- تحديد العناصر المطلوب تغطيتها والبيانات الواجب جمعها .

٤- اختيار الأساليب والأدوات الملائمة لجمع البيانات .

٥- تحليل المعلومات والبيانات وصولاً للتشخيص النهائي .

٦- مرحلة التوصيات واتخاذ القرارات .

ويعد الالتزام بالإطار العام لخطة العمل من ضمانات نجاح عملية التشخيص والتقويم ، حيث يمكن من خلالها تحقيق قدر ملائم من الموضوعية والدقة بالإضافة إلى تكامل جهود الفريق بصورة موجهه تخلو من عشوائية الأداء .

أولاً : تحديد الهدف:

يعد التحديد الدقيق للهدف من عملية التشخيص والتقويم من أهم شروط نجاح أخصائي التشخيص النفسي في أدائه لمهمته . وذلك سواء كان هذا الهدف يتعلق بتحديد خصائص وقدرات وإمكانات ذوي الاحتياجات الخاصة تمهيداً لعملية توجيه تربوي أو اختيار برامج تدريبية أو تأهيلية معينة أو لتقديم خدمات إرشاد نفسي أو علاج نفسي – أو كان الهدف هو تقييم برامج التربية الخاصة أو برامج التأهيل أو التدريب – أو كان الهدف هو اختبار مدى صلاحية بعض نظم المؤسسات أو الهيئات المختصة بخدمة ذوي الاحتياجات الخاصة . ففي كل حالة يكون التحديد الدقيق للهدف هو الموجه لكافة الخطوات التالية في عملية

التشخيص والتقويم ، مما يؤدي إلى تفادي عشوائية الأداء وإلى توفير الوقت والجهد .

ثانياً : تشكيل فريق العمل :

في ضوء الهدف المحدد الذي تجرى عملية التشخيص والتقويم من أجل تحقيقه ، تتضح الصورة فيما يتعلق بالتخصصات المطلوب أن يتكون من أصحابها فريق العمل . ومهمة تشكيل فريق العمل يمكن أن يقوم بها أي عضو من أعضاء الفريق ، وإن كان من الأفضل أن يكون أخصائي التشخيص النفسي Dignostician . حيث يقوم بدور المنسق الذي يبدأ بتكوين الفريق من الأعضاء ذوي التخصصات المطلوبة ويوزع المهام عليهم ويجتمع بهم دورياً لمتابعة ما يتم عملياً ويجمع البيانات من كافة الأعضاء بحيث يمكن أن يحدث بينهم تبادل لوجهات النظر يؤدي إلى فهم أفضل للحالات المطروحة . وفي هذا المعنى يفسر ريزو وزابل أهمية الاجتماعات الدورية لفريق العمل بقولهما: "بالإضافة إلى ما يمكن أن يوفره أعضاء الفريق من معلومات للآخرين ، فإن بوسعهم تزويد بعضهم البعض بتغذية راجعة متبادلة ، ووجهات نظر جديدة ، وأفكار التدخل ، وحتى الدعم العاطفي . وهكذا يصبح اجتماع الفريق فرصة لمناقشة المعلومات الخاصة بتقييم مدى فاعلية البرنامج فضلاً عن أنه وسيلة لتيسير عملية التواصل بين الأعضاء .(جوزيف ريزو وروبرت زابل ، ١٩٩٩ ص٧٥،٧٤)

فعلى أخصائي التشخيص أن يعمل على استكمال جهود فريق العمل من خلال مناقشته خطط جمع المعلومات والتصورات الخاصة بأساليب التدخل وتحديد المشورات المتخصصة التي قد يحتاج الفريق إلى الحصول عليها من غير أعضاء الفريق إذا احتاج الأمر .

ويرى ريزو وزايل أن نجاح فريق العمل في أداء مهمته منوط بدرجة الانسجام والتعاون والثقة المتبادلة بين أفراده حيث أن الاستشارات متعددة التخصصات سواء الداخلية أو الخارجية ، وكذلك فاعلية تعاون الفريق لا يمكن أن تحدث تأثيرها المطلوب دون أن يثق كل عضو من أعضاء الفريق في قدرات زملائه ، وكذلك في تقبل اتجاهات بقية أعضاء الفريق .

(جوزيف ريزو وروبرت زايل ١٩٩٩ ، ص ٧٦) .

ثالثاً : تحديد العناصر والبيانات المطلوب جمعها :

يدور معظم أهداف عملية التشخيص والتقديم لذوي الاحتياجات الخاصة حول عمليات التوجيه التربوي والمهني والإرشاد والعلاج النفسي ، لذلك فإن العناصر التي يجب جمع البيانات عنها لابد وأن تكون مرتبطة بالخصائص العقلية والنفسية لدى الأفراد الخاضعين لعملية التقييم ، وحتى عندما يكون الهدف هو تقييم البرامج أو نظم المؤسسات التي تخدم ذوي الاحتياجات الخاصة ، فعادة ما تقيم في ضوء تأثيرها على الملتحقين بها والمستفيدين من خدماتها .

تلك العناصر الأساسية تتكون مما يلـــي :

١- **بيانات خاصة بالقدرات العقلية :** أي المعلومات التي تكشف مستوى القدرة العامة (الذكاء) والقدرات الخاصة أو الطائفية ، بالإضافة إلى مستوى التحصيل الأكاديمي والأداء المدرسي .

٢- **بيانات مرتبطة بخصائص الشخصية وطبيعة الأداء النفسي :** وتعكس كل الخصائص المميزة لشخصية الخاضع لعملية التقييم ، وتكشف عن نقاط القوة والضعف ، وطباع الشخص والتأثير الذي يتركه لدى الآخرين .

٣- **البيانات غير المدركة بشكل مباشر :** أي المعلومات التي تجمع عن محتوى الأفكار والمشاعر اللاشعورية ، وتكشف الجوانب الأكثر غموضاً من الشخصية خاصة تلك التي تتعلق بالاضطرابات النفسية ومعنى الأعراض المرضية إن وجدت .

٤- **بيانات خاصة بالإعاقة :** وهذا العنصر بطبيعة الحال يقتصر على ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويجب أن تتم تغطية كل الخصائص المميزة لشخصية المعاق والتي ترتبط بإعاقته وتأثيرها عليه وموقفه منها .

رابعاً : اختيار الأساليب والأدوات الملائمة لجمع المعلومات :

يحتاج اختيار أساليب جمع المعلومات إلى قدر كبير من الدقة وأيضاً إلى خبرة فريق التقييم ، حيث أن أساليب التشخيص والتقويم يمكن أن تساهم في

نجاح عملية التشخيص فقط إذا وظفت في ضوء اعتبارات الاختيار الحكيم والملائم للفئة التي تستخدم معها ، وملاءمة طبيعتها للأهداف المطلوب تحقيقها .

وتعتمد أساليب جمع البيانات أحياناً على وسائل القياس الموضوعي باستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية ، وهو ما يعرف بالأسلوب السيكومتري ، وفي أحيان أخرى ترتبط تلك الأساليب بالدراسة الكيفية للخصائص النمائية ومدى تطابقها مع – أو انحرافها عن – معايير العادية . كما تعتمد بعض الأساليب على التقييم التربوي كالقدرات التحصيلية ومستوى الأداء المدرسي الأكاديمي . وهناك أيضاً الأساليب المرتبطة بالدراسة الكلينيكية لبعض المظاهر السلوكية وخصائص الشخصية المميزة للفئات المختلفة وللأفراد داخل نطاق كل فئة .

ولكل أسلوب من أساليب جمع البيانات الأدوات التي تمكن القائم بعملية التشخيص مع جمع المعلومات والبيانات بأكبر قدر ممكن من الدقة والموضوعية ، والشمولية أيضاً . فالأسلوب السيكومتري يعتمد على الاختبارات والمقاييس المقننة على عينات مماثلة للفئات التي يستخدم معها ، وتفسر نتائجه في ضوء التحليلات الكيفية والإحصائية التي استمدت من الدراسة المتعمقة لعينات التقنين.

أما أسلوب دراسة الخصائص الكيفية لمراحل النمو المختلفة فيوظف عادة أدوات من قبيل الاستبيانات وقوائم التقدير Check Lists . وتعتمد أساليب

التقييم التربوي على نتائج الاختبارات التحصيلية والبطاقات التراكمية والسجلات المجمعة . أما أدوات جمع المعلومات لدراسة مظاهر أو خصائص سلوكية معينة فتكون ضمن أدوات الملاحظة والمقابلة الكلينيكية بالإضافة إلى بعض اختبارات الشخصية ويظهر الاحتياج أحياناً لاستخدام الوسائل الإسقاطية ودراسة الشخصية عن طريق الرسم .

خامساً : تحليل المعلومات والبيانات :

في هذه المرحلة تتكامل جهود فريق التقييم وخبراتهم للوصول إلى فهم شامل لشخصية الخاضع لعملية التقييم ، وهي مرحلة يتعاظم فيها دور المنسق وتبرز أهمية الاستفادة من كل وجهات النظر لصالح النتائج النهائية لعملية التشخيص والتقويم .

ومن البديهي أن عملية التشخيص والتقويم تنصب على البيانات الكيفية والكمية التي تم الحصول عليها في سياق عملية جمع البيانات ، فلكل من المعلومات الكمية والكيفية قيمة تشخيصية متكافئة . حيث أن القياس باستخدام الاختبارات والمقاييس المقننة يقدم بيانات يغلب عليها الطابع الرقمي المتسم بالدقة والموضوعية ، إلا أنها لا تكفي وحدها للفهم الشامل لشخصية الخاضع لعملية التقييم أو للبرامج أو نظم المؤسسات محل الاختبار . وإنما يحتاج إتمام عملية التشخيص والتقويم إلى درجة مناسبة من الحس الكلينيكي الذي يمكن من

خلاله ترجمة القياسات والأرقام إلى وصف شامل تتكامل فيه المعلومات الكمية مع التفسيرات الكيفية لخصائص موضوع التقييم كما تتبدى في الواقع .

لهذا يتم تحليل ومعالجة البيانات المتوفرة وفقاً لأسلوبين رئيسيين هما :

١- **الأسلوب الكمي** : الذي يتضمن المعالجات الإحصائية والمقارنة بين الأفراد ومقارنة النتائج بالأطر المعيارية المرجعية التي تتيح إمكانية التصنيف والفرز .

٢- **الأسلوب الكيفي** : ويتعامل مع المادة الخام غير القابلة للفهم المباشر ، أي المادة التي تحتاج إلى تأويل كيفي مثل مضمون المقابلات الشخصية ، وتفسير استجابات الوسائل الإسقاطية ، وتحليل الملاحظات العارضة . . . وهكذا .

وبين الأسلوبين الكمي والكيفي يوجد أسلوب ثالث يعرف باسم أسلوب كيف الكم أو كم الكيف . فبعض الدلالات فائقة الأهمية يمكن الحصول عليها من خلال تحليل النتائج الرقمية للاختبارات المقننة في علاقتها ببعضها البعض وصولاً إلى دلالات كلينيكية خاصة . ومن أمثلة هذا الأسلوب تحديد الدلالات الكلينيكية للنتائج الكمية لاختبار رسم المنزل والشجرة والشخص (لويس كامل ملكية ١٩٧٦) ، أو الدلالات الكلينيكية لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين .

وفي النهاية ، بعد تحليل البيانات المجموعة عن مختلف التخصصات ، وتبادل وجهات النظر بشأنها ، يضع أخصائي التشخيص النفسي تقريره التشخيصي الذي يتضمن وصفاً دقيقاً للحالة موضوع التقييم والبدائل المتاحة لتعديل ظروف الحالة بما يقدم فرصة تحسين الصورة الكلية .

سادساً : مرحلة التوصيات واتخاذ القرارات :

هذه المرحلة قد تكون ختامية بالنسبة لعملية تشخيص وتقويم موجهة لتحقيق أهداف محددة . ولكنها قد تكون بداية لعمليات أخرى ، وقد يصب التقرير النهائي في معلومات تجمع في سياق عمليات تقييمية أخرى لبرامج التربية الخاصة أو للنظم المؤسسية أو حتى كأساس لدعم اتخاذ قرارات أكثر اتساعاً في إطار من الاستراتيجيات العامة للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

أما بالنسبة للحالات الفردية من فئات المعاقين الذين خضعوا لعملية التقييم، فإن القرارات التي تتخذ بناءاً على نتائج عملية التشخيص والتقويم ترتبط أساساً بأهداف التوجيه التربوي أو المهني وأهداف الإرشاد والعلاج وإعادة التأهيل النفسي .

وتبدأ خطوة اتخاذ القرارات الخاصة بعملية التوجيه التربوي بما يعرف بقرار أهلية الطالب لخدمات التربية الخاصة . فبالاعتماد على نواتج عملية التشخيص والتقويم يقرر فريق التقييم ما إن كان الطالب يمكنه الاستفادة من

الخدمات التربوية الحالية تحت شروط خاصة ، مثل تعديل بعض الظروف المحيطة به أو تزويده بوسائل إضافية معينة . أو إذا لم يكن ذلك ممكناً ، يصبح الطالب مؤهلاً لخدمات التربية الخاصة ، ويتم تحويله إلى المؤسسة التعليمية التي تناسب خدماتها معطيات حالته كما أتضح من نتائج عملية التشخيص والتقويم الخاص به . (جوزيف ريزو وروبرت زابل ، ١٩٩٩ ، ص ١٨٧ ، ١٨٨) .

وينطبق نفس الأمر بالنسبة لقرارات التوجيه إلى نوعية معينة من التأهيل المهني ، ثم التوجيه المهني . وذلك مع الاهتمام بإحداث درجة ملائمة من التوازن بين مطالب الفرد وقدراته وإمكاناته من جانب ، وبين الإمكانات التي تتوفر بالفعل في مجتمع الفرد الخاضع للتقييم ، وذلك حتى تكون القرارات المتخذة موضوعية وواقعية .

أما في حالة أن يتضح ضرورة اللجوء إلى وسائل الإرشاد والعلاج النفسي ، فعلى الفريق أن يتخذ قرارات بالخطط الإرشادية أو العلاجية الملائمة سواء بالأساليب الفردية أو الجماعية خاصة إذا تطلبت الحاجة نوعاً من إعادة التأهيل النفسي لتقبل الإعاقة وزيادة الوعي بمتطلباتها والإمكانات التي يستطيع الفرد أن يستثمرها لتعويض جوانب القصور . وذلك بالإضافة إلى القرارات التي تتعلق بالمحيطين بذوي الاحتياجات الخاصة من آباء ومعلمين وأقران في

إطار من التدريب على أساليب المعاملة أو بهدف تعديل الاتجاهات نحو الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة .

أما القرارات التي تتعلق بالخطط العامة وتعديل السياسات والاستراتيجيات ي التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، أو في حالة أن تكون القرارات وصية بتعديلات في نظم مؤسسات التربية الخاصة أو الخدمات التي تقدمها . ي هذه الحالة يكون من المفيد أن يجتمع فريق مع المسئولين عن اتخاذ القرارات كي يطلعوهم على نتائج التقييم والدلالات التي تنطوي عليها ، بحيث تصبح هذه النتائج أساساً لدعم القرارات وموجهاً لها . (Saliva & Ysseldyke, 1981, P.547) .



الفصل الخامس

﴿ تشخيص وتقويم الإعاقة العقلية ﴾

تعرف الإعاقة العقلية أو الذهنية على أنها حالة تتميز بمستوى وظيفي عقلي دون المتوسط يبدأ في أثناء فترة النمو ، ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد . (سارة حسن ، ١٩٩٧ ، ص١٦) .

ويغطي هذا التعريف جانبين أساسيين يعدان هما أكثر خصائص الإعاقة العقلية جوهرية ، أولهما يتعلق بالنواحي الكمية المعبرة عن القدرة العقلية ، أي درجة ومستوى النمو العقلي كما يقاس بواسطة مقاييس الذكاء أساساً . أما الثاني فيتعلق بالنواحي الكيفية كما تظهر في سلوكيات المعاق عقلياً وأساليب تكيفه لمواقف الحياة وما تعرضه من متطلبات .

وقد أسهمت الدراسات والبحوث العلمية في مجال الإعاقة العقلية في تعديل أساليب التعرف على حالات التأخر العقلي . ففي حين كانت تلك الأساليب تعتمد على التمييز بين العاديين والمعاقين ذهنياً على أساس من الاختلاف الكمي ، فقد أصبحت الاعتبارات الكيفية لا تقل أهمية في تمييز ذوي الإعاقات العقلية .

لقد اعتمد أصحاب وجهة النظر الأولى على أن الطفل المعاق عقلياً كالطفل العادي ينمو تدريجياً ، ويتعلم ويكتسب الخبرات والمعلومات والمهارات تدريجياً ، إلا أن معدل النمو والتعلم والاكتساب عند الأول أقل من منه عند

الثاني ، ويتوقف نمو عقل الطفل المعاق عقلياً عند مستوى أقل من المستوى الذي يصل إليه نمو عقل العادي . كما أنه من الممكن أن يتعلم المعاق عقلياً نفس المحتوى الذي يتعلمه الشخص العادي ولكن بمعدل أبطأ كثيراً ، فيتعلم في سنتين أو ثلاث ما يتعلمه العادي في سنة واحدة .

(عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٩، ص١٤٧) .

ولكن وجهة النظر الأخرى تعتبر المعاق عقلياً مختلفاً عن قرينه العادي اختلافاً كيفياً في كثير من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية ، بحيث لا تكفي الفروق الكمية كأساس للتعرف على حالات الإعاقة العقلية . فعلى سبيل المثال "يختلف الطفل المعاق عقلياً عن قرينه العادي في النمو العقلي وفي مستوى التفكير والانتباه والتذكر ، مما يؤدي إلى اختلاف في مستويات العمليات المعرفية التي يتعلمها أو يتدرب عليها كل منهما ، فالطفل المعاق عقلياً يتعلم العمليات البسيطة التي تحتاج إلى التفكير الحسي ، ويجد صعوبة في تعلم العمليات المركبة التي تحتاج إلى التفكير المجرد" .

(عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٩ ص١٤٧) .

من هذا تتضح أهمية أن تؤخذ الاختلافات الكيفية في الاعتبار عند تشخيص حالات الإعاقة العقلية بنفس درجة الاهتمام التي تعامل بها الفروق الكمية .

عموماً تعد فئة المعاقين ذهنياً من الفئات ذات المدى الواسع للتنوع والاختلاف سواء على المستوى الكمي أو المستوى الكيفي . ولذلك توجد أسس عديدة لتصنيف المعاقين ذهنياً في ضوء الخصائص المميزة للفئات المختلفة . وتذكر سارة حسن (١٩٩٧ ، ص ص ١٨ - ٢١) من أمثلة هذه الأسس التصنيفية :

١- التصنيف حسب توقيت الإصابة .

٢- التصنيف حسب الأنماط الكلينيكية .

٣- التصنيف حسب معامل الذكاء .

٤- التصنيف الاجتماعي .

٥- التصنيف التربوي .

ويعتمد التصنيف وفقاً لتوقيت الإصابة على تمييز الإعاقة الناتجة عن خلل جيني أثناء تكون الجنين أو مشكلات أثناء فترة الحمل كإصابة الأم ببعض الأمراض أو بحالات التسمم ، وهذه الفئة تصنف على أنها فئة الإصابة قبل الولادة . وذلك في مقابل فئة الإعاقة الناتجة عن عوامل مصاحبة للولادة ، مثل انقطاع الأوكسجين عن مخ الطفل لفترة تؤدي إلى تلف خلايا المخ . وهناك فئة إعاقة عقلية ترجع أسباب الإصابة بها إلى عوامل الإصابة أو المرض في مرحلة الطفولة المبكرة كإصابات الرأس أو الإصابة بالحمى الشوكية .

أما التصنيف وفقاً للأنماط الكلينيكية فيعتمد على بعض المظاهر والخصائص الجسمية المميزة لبعض فئات الإعاقة العقلية من قبيل الطفل المغولي أو المصاب بمتلازمة أعراض داون ، أو الإصابة بحالات كبر الدماغ Macrocephaly ، أو حالات صغر الدماغ Microcephaly أو القزمية Cretinism .

ويعد التصنيف وفقاً لحساب معامل الذكاء من أكثر أسس التصنيف شيوعاً ، وأكثرها نفعاً من الناحية العملية خاصة لأغراض التربية الخاصة .

وهناك أيضاً التصنيف في ضوء مستوى الأداء الاجتماعي والسلوك التكيفي . وهو أيضاً من الأسس التصنيفية ذات الأهمية لأغراض التربية والتأهيل والتدريب . وهو ما ينطبق أيضاً على التصنيف الذي يعتمد على تقسيم فئات المعاقين عقلياً وفقاً لقدراتهم على التحصيل والتدريب ، وذلك من قبيل القابلين للتعلم أو القابلين للتدريب .

استقبال حالات الإعاقة العقلية :

تختلف فئة المعاقين عقلياً عن فئات الإعاقة الأخرى في متطلباتها عند تطبيق عملية التشخيص والتقويم ، بالإضافة – بالطبع – إلى الاختلافات الخاصة بعمليات التوجيه النفسي والتربوي والمهني . وذلك على أساس أن مضمون

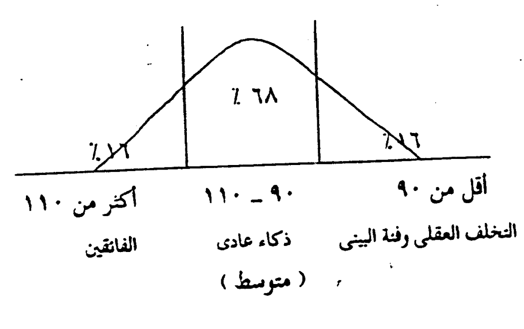
عملية التشخيص والتقويم مع فئات الإعاقة الأخرى يكون متشابهاً ، وإنما الاختلافات يكون في أسلوب التقديم الملائم وطبيعة أدوات جمع المعلومات ووسائط عملية التواصل . أما بالنسبة للإعاقة العقلية فإن محتوى ومضمون عملية التشخيص والتقويم ذاته يكون مختلفاً .

إلا أن الإطار العام لخطة العمل يظل واحداً في كل الأحوال . وتظل نقطة البداية دائماً هي تحديد الهدف . وفي حالة الإعاقة الذهنية يرتبط الهدف أولاً باكتشاف وجود الإعاقة من عدمه ، ثم تصنيف فئة الإعاقة العقلية – عند التأكد من وجودها – وفقاً للأسس التي تخدم الأهداف المحددة . وذلك بالإضافة إلى اكتشاف ما إن كانت هناك إعاقات أخرى أم لا .

وتبدأ مرحلة القياس والتقويم باختيار بطارية اختبارات الذكاء والسلوك التكيفي (*)[1] الملائمة للحالات الخاصة للتقييم . وعند الحصول على نتائج الاختبار يحدد معامل الذكاء مستوى القدرة العقلية العامة ، وذلك في ضوء مفهوم المنحنى الاعتدالي النموذجي وفقاً لتصنيفات الفئات الفرعية للإعاقة العقلية .

(*)١ مثال : "مقياس السلوك التكيفي" . إعداد عبد العزيز الشخص .

ويظهر توزيع المنحنى الاعتدالي النموذجي للقدرة العقلية العامة تكافؤاً بين فئتي الضعف العقلي والتفوق العقلي من حيث الانحراف عن المتوسط ، وذلك كالموضح بالشكل رقم (٢) .



شكل رقم (٢)

وفي حين يعتبر معامل الذكاء الذي يتراوح بين ٩٠ إلى ١١٠ الذكاء العادي أو المتوسط ، فإن الفائقين عقلياً ينتمون إلى الفئة التي يزيد معامل الذكاء لديها عن ١١٠ . أما الحالات التي تصنف في فئة الإعاقة العقلية فيقل معامل الذكاء فيها عن ٧٥ ، في حين تعتبر الفئة التي يتراوح معامل الذكاء فيها بين ٧٥ إلى ٩٠ فئة الذكاء البيني أو بطيئي التعلم .

وبالاعتماد على اقتران أسلوبي التصنيف وفقاً لمعيار معامل الذكاء والمعيار التربوي يمكن تقسيم فئة المعاقين عقلياً إلى الفئات الفرعية التالية :

١- مستوى إعاقة عقلية عميق Profound mental retardatin الذي يقل معامل الذكاء فيه عن ٣٠ ، والمعاق هنا غير قابل للتعليم أو للتدريب ، ويكتفي عادة بمحاولة تقديم خدمات تتعلق بالتدريب على أساليب الرعاية أو العناية الشخصية .

٢- مستوى إعاقة عقلية شديد Severe mental retardation حيث يتراوح معامل الذكاء بين ٣٠ إلى ٤٠ وينتمي المعاق هنا إلى فئة القابلين للتدريب .

٣- مستوى إعاقة عقلية متوسط Moderate mental retardation حيث يتراوح معامل الذكاء بين ٤٠ إلى ٥٠ . والمعاق هنا أيضاً قابل للتدريب والتأهيل لأداء بعض الأعمال البسيطة .

٤- مستوى إعاقة عقلية معتدل أو بسيط Mild mental retardation ويتراوح معامل الذكاء بين ٥٠ إلى ٧٥ وهي فئة القابلين للتعلم .

أما فئة الذكاء البيني أو بطيئي التعلم الذين يتراوح معامل الذكاء لديهم بين ٧٥ إلى ٩٠ فيمكن أن يستفيدوا من برامج التربية العادية ، ولكن مع توجيه اهتمام خاص لهم وتهيئة أنشطة إضافية تمكنهم من ملاحقة أقرانهم من العاديين.

هذا ما يتعلق بمهمة القياس والتقويم للإعاقة الذهنية ، حيث تتوفر البيانات التي تلقي الضوء على الوضع الراهن للقدرة العقلية ، والإمكانات التي تنطوي عليها تلك القدرة في ضوء المقارنة بخصائص الفئة التي ينتمي إليها المعاق ذهنياً . ويجب هنا التأكد من عدم وجود إعاقة أخرى إلى جانب الإعاقة الذهنية ، لأنه في حالة اكتشاف إعاقات أخرى لابد من جمع بيانات إضافية عن مستوى الأداء العقلي في تأثره بظروف الإعاقات الأخرى . كأن يعاني المعاق ذهنياً من ضعف في السمع ، أو في الإبصار . بالإضافة إلى ذلك قد تتعدل خطة العمل مع الحالة باعتبارها من متعددي الإعاقات .

أما بالنسبة لدراسة شخصية المعاق ذهنياً ، فإنها مهمة تحتاج إلى تضافر جهود فريق عمل التقييم ، خاصة الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي ، بالإضافة إلى أهمية المعلومات التي يوفرها المعلمون .

فالأخصائي النفسي يستطيع التعرف على الخصائص المميزة لشخصية المعاق ذهنياً من خلال الملاحظة المنظمة والعارضة بالإضافة إلى المقابلات

الكلينيكية التي يجريها معه والتي يمكن خلالها الاستعانة ببعض الأدوات والمقاييس التي تكشف عن الاتجاهات والميول الدراسية أو المهنية (*)[1] ، أو التي تكشف عن بعض الأنماط السلوكية . (*)[2]

ومن المعروف أن معامل الذكاء يتأثر ببعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية ، فالحرمان الثقافي مثلاً يمكن أن يؤثر على أداء الطفل على بعض اختبارات الذكاء . كما أن بعض المحيطين بالمعاق ذهنياً قد يكونون نحوه بعض الاتجاهات السلبية ، وهذا أيضاً قد يشكل عاملاً مؤثراً على مستوى أداء الطفل وعلى شخصيته بشكل عام . لذلك فإن مثل هذه العوامل لابد وأن تؤخذ في الاعتبار عند تقييم قدرات الطفل العقلية ، وعند تقييم شخصيته بوجه عام .

وتعد المشكلات النفسية أو مظاهر الاضطراب النفسي من العناصر الهامة التي يجب أن يوجه لها أخصائي التشخيص النفسي انتباهه . حيث أن مستوى القدرة لذوي الإعاقات الذهنية يشكل صعوبة إضافية في فهم أي نوع من الاضطراب النفسي قد يعاني منه ، نظراً لأن المعاق قد لا يجيد التعبير عن مشاعره أو يعجز عن وصف مخاوفه مما يتطلب درجة من التفهم والمهارة والكفاءة لدى الأخصائي النفسي ليحقق مستوى ملائم من القدرة على التواصل

(*)١ مثال : "استطلاع الميول الدراسية أو الميول المهنية المصور للمتخلفين عقلياً" . إعداد عادل عز الدين الأشول . (مقياس مصور ذو نسختين إحداهما للإناث والآخر للذكور) . ملحق (أ ،ب ، جـ ، د،هـ ، و)

(*)٢ مثال : "مقياس ن . ز . للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال" إعداد عبد العزيز الشخص . ملحق (أ ، ب ، جـ)

مع المعاق ذهنياً ويتمكن بالتالي من الدخول إلى عالمه وتفهم مشاعره التي لا يستطيع التعبير عنها .

وقد يفيد استخدام الأساليب التشخيصية غير المباشرة كالتعبير الفني والرسوم وبعض الوسائل الإسقاطية (*)[1] الملائمة لمستوى القدرة العقلية للمعاق ذهنياً.

إن الإعاقة العقلية تتميز بوضع فريد إذا ما قورنت بالإعاقات الأخرى ، حيث يتميز المعاق عقلياً بضعف القدرة على الفهم والتعبير ، وبالتالي فإن بعض أهم البيانات التي تجمع مباشرة من الفرد الخاضع للتقييم قد تتأثر بهذه الخاصية ويصبح من الضروري استكمال الكثير من البيانات ذات الطبيعة الشخصية من المحيطين بالمعاق ، فالأم – على سبيل المثال – تكون أكثر الأفراد قدرة على التعبير عن مشاعر طفلها ، والمعلم قد يكون أكثر الأفراد دراية بمشكلات المعاق وسط أقرانه وطبيعة علاقته بهم ..... وهكذا . لذلك فإن فريق العمل يحتاج عند التصدي لعملية تشخيص وتقويم ذوي الإعاقات العقلية إلى فتح قنوات اتصال حول المعاق عقلياً تغطي أشخاصاً ذوي صلة قريبة به في كل مجالات نشاطه وعلاقاته . فبمثل هذا الأسلوب يمكن التغلب على صعوبة الاقتراب من شخصية المعاق عقلياً وفهم عالمه واكتساب ثقته ومساعدته على التغلب على

(*)١ مثال : اختبار تفهم الموضوع للأطفال .C. A. T ملحق ٣ (أ) .

معظم مشكلاته . وذلك بدلاً من الاقتصار على دراسة الجوانب التي يسهل التعامل معها بوسائل القياس وحسب .

بذلك ، يمكن أن تتوفر عن عملية التشخيص والتقويم للمعاقين عقلياً نواتج ذات قيمة عالية تفيد في أغراض التوجيه الدراسي والمهني ، وتراعي ميول واهتمامات المعاقين ، وتسهم في الوصول بهم إلى أقصى مستوى أداء ممكن ، وفي نفس الوقت يمكن أن يتحقق لهم أفضل مستوى من التوافق النفسي والاجتماعي ومن الصحة النفسية .

الفصل السادس

﴿ تشخيص وتقويم الإعاقة السمعية ﴾

(تشخيص وتقويم الإعاقة السمعية)

الإعاقة السمعية Hearing Impairement هي المصطلح العام الذي يتضمن فئتي الصم وضعاف السمع . أما الصمم Deaf فيعرف على أنه «عدم القدرة على السمع – حتى مع وجود معينات سمعية – بدرجة مناسبة لأغراض الحياة العادية» (English & English , 1961, P. 138) . أما مصطلح ضعف السمع Hard of hearing فيشير إلى درجة من النقص في السمع وإن كانت حاسة السمع تقوم بوظيفتها جزئياً ولها فائدة في الحياة اليومية بالرغم من هذا النقص (عبد الرحمن سيد سليمان وإيمان فوزي ، ٢٠٠٠ ، ص١٤) ، وفي حالات كثيرة تكون المعينات السمعية ضرورة بالنسبة لفئة ضعاف السمع ، وعموماً يعرف ضعف السمع على أنه «حالة من انخفاض حدة السمع لدرجة قد تستدعي خدمات خاصة كالتدريب السمعي أو قراءة الكلام (الشفاه) أو علاج النطق ، أو التزويد بمعين سمعي ، ويمكن لكثير منهم أن يتلقوا تعليمهم بدرجة من الفاعلية مساوية للعاديين وذلك مع إجراء التعديلات والتغييرات الصحيحة المناسبة لهم» (عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي ، ١٩٩٢ ، ص٢٠٩) . ويلاحظ من هذا التعريف أن ضعف السمع يعد من الإعاقات التي يمكن التغلب على ما تطرحه من صعوبات إلى درجة كبيرة ، وذلك سواء فيما يتعلق بمشكلات التعلم والتدريب ، أو ما يتعلق بالتكيف مع متطلبات الحياة بصفة عامة.

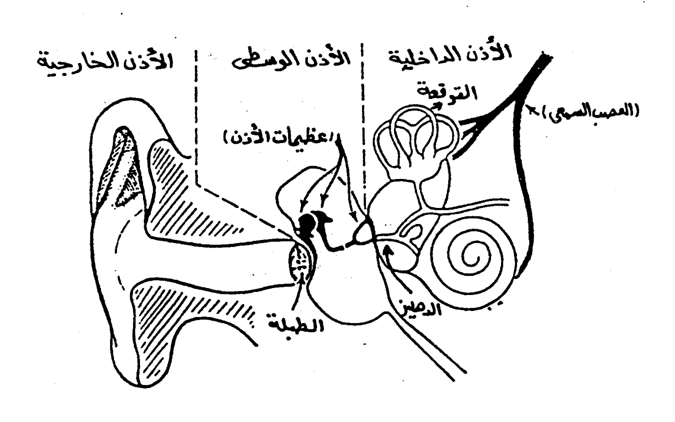
ومن جانب آخر يمكن تصنيف الأفراد الذين ينطبق عليهم مصطلح المعاقين سمعياً ، سواء كانوا صماً أو ضعاف سمع ، إلى فئتين أخريين : إعاقة سمعية ولادية أو خلقية Congenital ، وهي تلك الإعاقة التي تصحب الإنسان منذ ولادته . والإعاقة السمعية المكتسبة Adventitious وهي تلك الإعاقة التي تنشأ كنتيجة لإصابة أو كنتيجة لمرض .

والإعاقة السمعية ترتبط ارتباطاً كبيراً بالإعاقة الكلامية أو باضطراب القدرة اللغوية . حيث أن فقدان السمع – خاصة إذا كان ولادياً أو كانت الإصابة به مبكرة – يؤثر في القدرة على اكتساب مهارات اللغة سواء على مستوى الفهم أو على مستوى التعبير .

إلا أن الإعاقة السمعية كما تشير دراسات عديدة تعتبر نادرة نسبياً إذا ما قورنت بالإعاقات الأخرى خاصة بين الأطفال (عبد الرحمن سليمان وإيمان فوزي ، ٢٠٠٠ ، ص١٣) . وعادة يسهل التعرف على حالات الإعاقة السمعية لدى الأطفال الذين يعانون من فقدان حاسة السمع ، أما الأطفال ذوو الدرجة الهينة من فقدان السمع فقد يكون من الصعب التعرف على حقيقة مشكلاتهم التي تبدو أحياناً كنوع من نقص الانتباه أو تبدو كسمة من سمات الشخص اللامبالي .

لذلك فإن تشخيص حالات الإعاقة السمعية يحتاج إلى خبرة وإلى دراية بتشريح أعضاء السمع ، وإلى معرفة بالخصائص المختلفة لفئات الإعاقة السمعية التي تختلف باختلاف مسببات الإعاقة وباختلاف الظروف التي يعيش فيها المعاق سمعياً .

إن عضو السمع – أي الأذن – يتكون من ثلاثة أجزاء هي : الأذن الخارجية The Outer ear ، والأذن الوسطى Middle ear والأذن الداخلية Inner ear . واعتماداً على أي الأجزاء تأثراً بالتلف المؤدي للإعاقة يتم تصنيف المسببات إلى أنماط توصيلية أو حسية عصبية لفقدان المسمع Ocnductiv and sensorineural types وذلك بالإضافة إلى الأنماط الوظيفية أو نفسية المنشأ للإعاقة السمعية functional or psychogenic . types



شكل رقم (٣)

ويتكون التركيب التشريحي للأذن الخارجية من صوان الأذن أو الأذن المرئية auricle وهو الجزء الظاهر من الأذن ، ويرتبط الصوان بالجمجمة بثلاث عضلات ، وهي عضلات ذات أهمية عند تحريك الصوان ، وهي خاصية مفيدة بالنسبة لبعض الحيوانات ، إلا أن تحريك الصوان ليس أساسياً بالنسبة للإنسان لذلك فقدت هذه العضلات فاعليتها ، وقلائل من الناس هم يستطيعون تشغيل هذه العضلات قليلاً . والفارق بين الإنسان والحيوان في القدرة على تحريك تلك العضلات بالإضافة إلى الفارق النسبي في حجم الصوان الذي يكون أقل في الحجم عند الإنسان يشير إلى تزايد سيادة حاسة الإبصار لدى بني البشر ، فالإبصار الحاد يغني عن الحاجة إلى تحريك الصوان ، وكذلك يغني عن الحاجة إلى صوان كبير ، حيث يفيد كبر حجم الصوان في تضخيم الأصوات الضعيفة . ومع ذلك فإن تضاؤل حجم الصوان لا يعني بالضرورة أي فقدان جوهري في حاسة السمع .

وتبدأ في مركز صوان الأذن القناة الخارجية للأذن والتي تؤدي إلى الأذن الوسطى ، وتمتد هذه القناة لمسافة بوصة واحدة تقريباً وتسمى القناة السمعية auditory canal أو الممر السمعي auditory Meatus والأصوات التي يلتقطها الصوان تمر عبر القناة السمعية إلى الدهليز ويحيط بالقناة السمعية أجزاء صلبة من الجمجمة بحيث تحميها تماماً .

ويلاحظ أن أهمية الصوان بالنسبة لكل من الأذن الوسطى والداخلية قليلة ، أما وظيفته بالنسبة للأذن الخارجية فهي استقبال التموجات الصوتية وتوجيهها إلى القناة السمعية ثم إلى الدهليز وأحياناً يتكون إفراز شمعي يتراكم ويصبح صلباً فيسد القناة السمعية فيضعف السمع مؤقتاً . كما أن إدخال الأطفال لبعض الأجسام الصغيرة داخل آذانهم على سبيل اللعب ، أو نفاذ بعض الحشرات الدقيقة إلى القناة السمعية قد يسبب بعض المتاعب والأضرار التي يجب تدخل الطبيب من أجل التعامل معها والتخلص منها (عبدة الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٥ ، ص٥٠) .

أما الأذن الوسطى فتبدأ بطبلة الأذن Tympanun الموجودة في نهاية القناة السمعية وهي جسم بيضاوي يتكون من نسيج ليفي رقيق ، يعمل ضغط الهواء على دفع الجزء الأوسط المرن منها للداخل وللخارج ، وذلك وفقاً لنمط ضغط الهواء المتغير مع الموجات الصوتية . وتوجد على حافة الطبلة غدد تفرز مادة شمعية وظيفتها الحفاظ على مرونة الطبلة . وخلف طبلة الأذن تقع الأذن الوسطى في تجويف العظم الصدغي بالجمجمة حيث توجد ثلاث عظيمات وظيفتها هي نقل ترددات أو ذبذبات الطبلة إلى الداخل نحو الدهليز . هذه العظيمات هي المطرقة malleus والسندان incus والركاب stapes . وتتعدى وظيفة العظيمات الثلاث مجرد نقل الترددات إلى التحكم فيها وتعديل طاقتها ،

فهي تعمل على تكبير الأصوات الضعيفة كما تعمل على تخفيف حدة الأصوات العالية .

ويمتد من الأذن الوسطى أنبوب ضيق مؤد إلى البلعوم يسمى قناة أوستاكيو (نسبة إلى عالم التشريح الإيطالي بارتلوميو اوستاكيو الذي قدم الوصف التشريحي لهذا الجزء عام ١٥٦٣) . وترتبط الأذن الوسطى بالبيئة الخارجية عبر هذه القناة ، وهو ما يجعل حركة طبلة الأذن أكثر دقة وحساسية لأن ضغط الهواء يصبح متكافئاً على جانبي الطبلة .

فإذا كانت الإعاقة السمعية مرتبطة بعطب في الأذن الخارجية أو الوسطى فإنها تصنف كإعاقة توصيلية conductive ، فالذبذبات التي تعبر الأذن يعرقلها انسداد القناة أو ثقب طبلة الأذن أو وجود تلف بالعظيمات الثلاث . ويحدث فقدان السمع التوصيلي في معظم الحالات كنتيجة للإصابة بالتهاب الأذن الوسطى المزمن الذي يصحب الإصابة بالحمى القرمزية أو التهاب اللوزتين ، أو الإفراز الشمعي المفرط للأذن ، أو الأورام التي تحدث انسداداً بالقناة السمعية ، أو التعرض طويل المدى للضجيج الشديد ، أو نتيجة لاصابات الرأس أو انسداد القناة السمعية بأجسام غريبة .

وتقع أسفل عظيمة الركاب فتحة ضيقة لا تزيد مساحتها عن ٥٪ من مساحة طبلة الأذن ، تسمى هذه الفتحة الشباك البيضاوي أو الكوة البيضية ،

والأذن الداخلية تقع على الجانب الآخر من هذه الفتحة (الجانب المقابل لتجويف الأذن الوسطى) ، وتبدأ بالدهليز . وكل من الدهليز وما يحيط به من تركيبات مملوء بسائل خفيف يشبه سائل النخاع الشوكي وهو يشكل وسط مختلف تتحول فيه التموجات الصوتية من ذبذبات تنتقل عبر الهواء إلى ذبذبات في وسط سائل.

ويقع فوق وأمام الدهليز Vestibule الحويصلة Uricle والتراكيب التي نمت منها . ويقع أسفل وخلف الدهليز الكييس Saccule والتراكيب التي تنمو فيه . وكل محتويات الدهليز تعرف بالأذن الداخلية . وينمو من الكيس تركيب لولبي ثلاثي يسمى القوقعة Cachlea ويرتبط مباشرة بالعصب السمعي .

وقد تصاب أحياناً الأذن الداخلية ببعض العيوب الخلقية ، أو تتأثر ببعض الأمراض مثل نقص إفراز الغدة الدرقية المؤدي للقزامة Cretins حيث تصبح بطانة الأذن الداخلية سميكة وغير مرنه ، وهناك أيضاً بعض الأمراض الناتجة عن العدوى مثل التهاب الخشاء Mastoiditis . والإعاقة السمعية الناتجة عن هذه الأسباب المرتبطة بالأذن الداخلية تعرف بالإعاقة السمعية الحسية العصبية Sensorineural . ولحسن الحظ أن الكثير من مسببات الإعاقة السمعية المرتبطة بالأذن الداخلية أصبح من الممكن التغلب عليها مثل الوقاية من نقص إفراز الغدة الدرقية من خلال استخدام الملح المدعم باليود ، ومقاومة التهابات

الأذن بالمضادات الحيوية بما يحول دون وصول الالتهاب إلى الفراغات المحيطة بعظام الخشاء Mastoid bone .

وأخيراً... فهناك حالات لفقدان السمع ذات درجات متباينة يتضح فحصها أن عضو السمع سليم ، ومع ذلك لا يستطيع المريض أن يسمع . ويصنف هذا النمط من الإعاقة السمعية إما كعرض هيستيري أو تحويلي . وقد تكون هناك محاولة لا شعورية من قبل المريض لخفض آلام نفسية ترتبط بمثيرات أو مواقف معينة ، أو محاولة لكسب التعاطف ، مما يؤدي إلى الإصابة بهذه الأعراض الهيستيرية . (عبد الرحمن سيد سليمان ، وإيمان فـوزي ، ٢٠٠٠ ص٣٤) .

وبناءاً على وصف الجهاز السمعي يمكن الآن إيجاز آليات عمل وظيفة السمع في أن الصوت ينتج من إحداث تموجات طولية في الهواء تسقط على صوان الأذن فيجمعها أمام القناة السمعية فتسري داخلها لتهتز تبعاً لذلك طبلة الأذن ، وينتقل هذا الاهتزاز بواسطة العظيمات السمعية إلى غشاء الكوة البيضية الذي ينقله بدوره إلى السائل الخفيف الذي يشبه سائل النخاع الشوكي والذي يطلق عليه في بعض الكتابات السائل التيهي فتحس به الأطراف الحية للعصب السمعي فتنقله إلى مراكز السمع في المخ ، حيث تصل إلى العصب الثامن ، فتنتقل تلك الموجات السمعية عن طريق نواة العصب الثامن خلال مسارات

سمعية في المخ إلى أن تصل إلى القشرة المخية وهي أعلى جهاز حس مركزي . وفي هذا الجهاز تكتسب الموجات الصوتية معناها ويتم تفسيرها . والجهاز السمعي بداية من العصب السمعي الثامن يعرف باسم الجهاز السمعي المركزي Central hearing system . ويلاحظ أن العصب السمعي الثامن يتكون من عصبين متميزين . أحدهما هو العصب القوقعي المختص بحاسة السمع ، أما ثانيهما فهو عصب الدهليز الذي ينقل السيالات الناشئة في جهاز الدهليز بباطن الأذن ويختص بالاتزان (عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٥ ، ص٥٣ ، ٥٤) .

استقبال المعاقين سمعياً :

من الطبيعي أن يكون من أهم أعضاء فريق العمل لتقييم المعاقين سمعياً من الفريق الطبي أخصائي الأنف والأذن والحنجرة بالإضافة على أخصائي التخاطب وأخصائي السمع والكلام . حيث تكون المهمة المبدئية هي التعرف على الإعاقة السمعية ، وتحديد شدتها عند ثبوت وجوده بالإضافة إلى تحديد معامل الذكاء والتعرف على طبيعة الإعاقات الأخرى إن وجدت .

وقد سبقت الإشارة إلى أن الإعاقة السمعية يمكن أن يتم التعرف عليها بسهولة إذا كانت حادة ، أما المستويات الهينة من الإعاقة السمعية فيمكن توظيف أساليب عديدة للتعرف عليها ثم تحديد شدتها في سياق من عملية التشخيص والتقويم .

بداية هناك بعض المظاهر التي تتواجد عادة في حالات الإعاقة السمعية ، بعضها يرتبط بالسلوك وبعضها الآخر يرتبط بالمظهر الخارجي ، في حين يرتبط بعضها بالأعراض التي يعبر عنها المعاق في صورة شكاوى . تتضمن الأعراض السلوكية إسقاط الرأس للحصول على زاوية أفضل للاستماع والحديث بصوت مرتفع والخصائص الصوتية الغريبة بالإضافة إلى الميل إلى الإنطواء وتحاشي الناس . أما الأعراض المرتبطة بالمظهر فتتضمن تشوهات الأذن او وجود إفرازات من الأذن . أما الأعراض التي يشكو منها المعاق فتتضمن شكاوى الشعور بالدوار أو طنين الأذن Tinnitus ، أو آلام الأذن . ورغم أن هذه الأعراض قد تكون مشتركة مع بعض المشكلات الأخرى غير الإعاقة السمعية إلا أن وجود العديد منها يصبح مؤشراً لافتاً للنظر يحتاج إلى تقصي وضع القدرة السمعية .

وللحصول على نتائج أكثر صدقاً ودقة يجب الخضوع لعملية قياس سمعي . وجدير بالذكر ، أنه قبل اختراع مقاييس السمع كانت دقات الساعة أو اختبارات الهمس هي أكثر الوسائل انتشاراً للتعرف على الإعاقات السمعية . أما الآن فإن اتجاهات قياس السمع تستخدم النغمة النقية للصوت لتقيس قوة السمع عبر محورين هما : التردد Frequency أو عدد الدورات لكل ثانية Cycles Per second ، وهي مسجلة بمصطلحي وحدات الهيرتز Hertz والديسبل Decibels ، وهي تشير إلى علو الصوت (جهوريته) أو كثافة الصوت وشدته

. والأشخاص ذوو السمع السليم يستطيعون التقاط الأصوات التي تتراوح تردداتها بين حوالي عشرين إلى عشرين ألف هرتز . ويلاحظ أن المحادثة العادية يكون معدل ترددات الحديث فيها بين خمسمائه إلى ألفي هيرتز . أما الارتفاع أو معدل الديسبل المعتاد في المحادثة العادية فيتراوح ما بين ٢٥ إلى ٦٠ ديسبل . وما يبحث عنه أخصائي السمع عندما يستخدم قياسات السمع للنغمة الصوتية النقية هو عتبة الشخص فيما يتعلق بطبقة الصوت ، وشدة الصوت من حيث علوه . والعتبة هي «النقطة التي يبدأ بالكاد عندها المثير أن يكون قادراً على استثارة استجابة عضوية نوعية » . (Enlish &English, 1961, P.554).

وفي هذا المقام قد يكون من الضروري رد الفضل إلى صاحب اختراع مقياس السمع ، وهو الذي سميت الوحدة المعيارية لقياس السمع باسمه (الديسبل) على سبيل التكريم ، وهو المخترع الاسكتلندي الأصل اليكساندر جراهام بل Alexander Graham Bell . وقد استخدم اختراعه على نطاق واسع عالمياً وأصبح تصنيف شدة الإعاقة السمعية يعتمد إلى حد بعيد على نتائج القياس باستخدام مقياس السمع Audiometre الذي ابتكره .

عموماً ... توجد ثلاث طرق لوصف درجة أو شدة الإعاقة السمعية . والطريقة الأولى طريقة وصفية تستخدم فيها كلمات مثل متوسطة ، ومعتدلة ، وحادة ، وعميقة . وهناك طريقة أخرى هي تلك التي تستخدم فيها النسب المئوية

كأساس للتصنيف ، والطريقة الثالثة تستخدم فيها النسب المئوية كأن تعرف نسبة فقد السمع بأنها ٣٠٪ أو ٥٠٪ .

وقد اقترح البعض استخدام أسلوب يجمع بين الطرق الثلاثة لتيسير فهم دلالة الأرقام عند الحديث عن شدة الإعاقة السمعية ، ليس فقط بالنسبة للمختصين وإنما أيضاً لتيسير ذلك بالنسبة للوالدين أو المعلمين والمتعاملين مع المعاق . ولهذا الغرض تمت صياغة دليل تصنيفي لشدة الإعاقة السمعية يقوم على افتراض مؤداه أن نسبة الإعاقة توجد بشكل متطابق في كلا الأذنين .

وصف السمع	حجم الفقدان	النسبة المئوية للفقدان	القدرة على سماع الكلام العادي
السمع العادي	صفر – ٢٥ديسبل	صفر ٪	جيد
فقدان معتدل جداً إلى المعقول	٢٥ – ٤٠ديسبل	٢٠ – ٣٠ ٪	ضعيفة إلى عادية
فقدان متوسط	٥٠ – ٦٥ديسبل	٣٠ – ٤٥ ٪	ضعيفة
فقدان حاد إلى عميق	٧٠ديسبل فأكثر	ما يتجاوز ٥٠٪	ضعيفة جداً ولا يمكن استخدامها عملياً

الدليل التصنيفي لشدة الإعاقة السمعية

(عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٥ ص٧١)

« وهناك بعض الكلمات التي يجب أن تقال حول فقدان السمع الزائف False hearing losses . ففي بعض الأحيان تبدو نتائج اختبار السمع أنها تشير على وجود فقدان للسمع ، وخاصة إذا كان الاختبار يتصل بتقويم النغمة النقية . ونظراً إلى أن هناك أسباب عديدة غير معروفة على وجه التأكيد ، ففي بعض الحالات ، كأن يكون المفحوص طفلاً ، قد لا يرغب في الاستجابة ، أو قد لا يستجيب إلى أصوات تتعلق بالنغمة أو النبرة . ففي هذه الحالة قد يكون من الضروري إجراء مزيد من الفحص لكل العوامل الممكن تدخلها إذا أظهر تخطيط السمع (*) وجود مشكلة سمعية .

أما مهمة تحديد مستوى ذكاء المعاق سمعياً فتعتمد على دقة اختيار أدوات قياس الذكاء الملائمة لظروف وطبيعة وشدة الإعاقة السمعية (*)١. وبطاريات قياس الذكـــاء بصـــفة خاصة – وكل المقاييس المستخدمة مع المعاقين سمعياً بصفة عامة – تعتمد أساساً على المثيرات البصرية ، في حين من المفضل أن تكون استجابات المفحوص أدائية كالاعتماد على الورقة والقلم أو الرسم مثلاً ،

(*) تخطيط السمع (الأوديوجرام Audiogram) هو تسجيل للمدى السمعي للفرد باستخدام المسماع الذي يصمم عادة لقياس قدرة الشخص على سماع الترددات التي تتراوح بين ٥٠٠ إلى ٦٠٠ ذبذبة في الثانية ، وعند شدة تتراوح ما بين صفر إلى ٨٠ ديسبل . (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي ، ١٩٨٨ ، ج١ ، ص٣٠٣) .

(*)١ مثال : "اختبار رسم الرجل" Goodenough ، "اختبار الذكاء المصور" لأحمد زكي صالح . الملحق ٤ (أ، ب، ج ، د) .

ويتم تجنب الوسائل التي تعتمد على المثيرات اللفظية المنطوقة في مادة الاختبارات أو الأساليب التي يستجيب بها المفحوص . ومع ذلك فإن القائم بعملية القياس يجب أن يكون ذو مهارة فيما يتعلق بالتواصل مع الخاضعين للقياس والتقييم وذلك بهدف السيطرة على موقف القياس والتغلب على المشكلات والصعوبات التي قد تعترض ذلك الموقف .

وتتقدم عملية التشخيص والتقويم بعد تحديد طبيعة وشدة الإعاقة السمعية ، ثم التأكد من عدم وجود إعاقات أخرى ، إلى مرحلة دراسة بناء شخصية المعاق سمعياً . حيث يستطيع أخصائي التشخيص النفسي أن يجمع بياناته باستخدام مجموعة من الأدوات الملائمة للتعامل مع حالات المعاقين سمعياً ، مثل المقابلة الكلينيكية واللعب التشخيصي والاختبارات والمقاييس التي صممت لدراسة خصائص شخصية المعاقين سمعياً (*)٢. وفي هذه المرحلة تتوفر المعلومات عن كيفية تأثر نمط الشخصية بطبيعة الإعاقة ومدى تقبل المعاق لإعاقته وتكيفه لها . فإذا ظهرت دلائل اضطراب في الشخصية على مستوى عميق ، سواء ارتبط هذا الاضطراب بشكل مباشر بالإعاقة أو لم يكن له ارتباط مباشر بها ، فمن الممكن توظيف أدوات ملائمة لدراسة المعطيات الأكثر عمقاً في الشخصية ، من

(*)٢ مثال : "مقياس التوافق النفسي للصم" إعداد عاطف محمد السيد الأقرع " ، "مقياس السلوك العدواني" إعداد صادق عبده المخلافي .

قبيل بعــض الوسائل الإسقاطية التي تصـــلح للاستخدام مع حالات الإعاقة السمعية (*)[1].

وفي النهاية ومع توفر البيانات الخاصة بالحالات موضع التقييم ، يصبح من الضروري أن يقوم فريق العمل بمعالجة تلك البيانات وتحليلها كمياً وكيفياً حتى يمكن رسم صورة واضحة لاحتياجات المعاق سمعياً ، وبناء على ذلك توضع الخطة التي تطرح فيها البدائل الملائمة سواء فيما يتعلق بإمكانات التوجيه التربوي أو المهني ، أو فيما يتعلق بالتوجيه والإرشاد النفسي حسب ما تطرحه كل حال من متطلبات .

(*)١ مثال : "لختبار رسم المنزل والشجرة والشخص" إعداد جون باك . (ويلاحظ أنه أداة مصممة لقياس الذكاء ولكنه يحتوي على مؤشرات لها دلالات كلينيكية عميقة) . ملحق ٥(أ ، ب ، ج) .

الفصل السابع

﴿ تشخيص وتقويم الإعاقة البصرية ﴾

تحتوي اللغة العربية على العديد من الألفاظ الدالة على الإعاقة البصرية باختلاف درجاتها وأنواعها . وربما تفوق تلك الألفاظ العربية في عددها وتنوعها حول الإعاقة البصرية باقي الألفاظ التي تشير إلى الأنواع الأخرى من الإعاقات . ولعل هذا مرجعه إلى أن حاسة البصر لها أهمية خاصة للإنسان ، حيث يكون الاعتماد الأكبر عليها في العديد من الأنشطة التي يقوم بها الإنسان بداية من التعرف على العالم ومروراً بأنشطة التعليم المختلفة بالإضافة إلى الاعتماد على الإبصار كأساس للحركة الحرة والمتزنة ، وأنشطة أخرى عديدة .

أما الألفاظ المعبرة عن الإعاقة البصرية فهي : العمى والعمه والكمه وكف البصر . . . وغيرها . أما المعاق بصرياً فهو الأعمى ، وأصل مادتها العماء وهو الضلالة وتستخدم للدلالة على فقد البصر أصلاً . أما الأكمه فهو المصاب بالعمى منذ الولادة . والأعمه المشتقة من العمه فيها تعبير عن الحيرة والتردد ، ويقال أن العمه في البصيرة كالعمى في البصر . وكلمة الكفيف أصلها من الكف ومعناها المنع ، والمكفوف هو الضرير ، أي الرجل فاقد البصر . أما كلمة العاجز فهي شائعة في الريف المصري ، وهي من العجز أي التأخر عن الشيء أو القصــور عن فعل الشيء (سيد خير الله ولطفي بركات ، ١٩٦٧ ، ص ٧ ، ٨) .

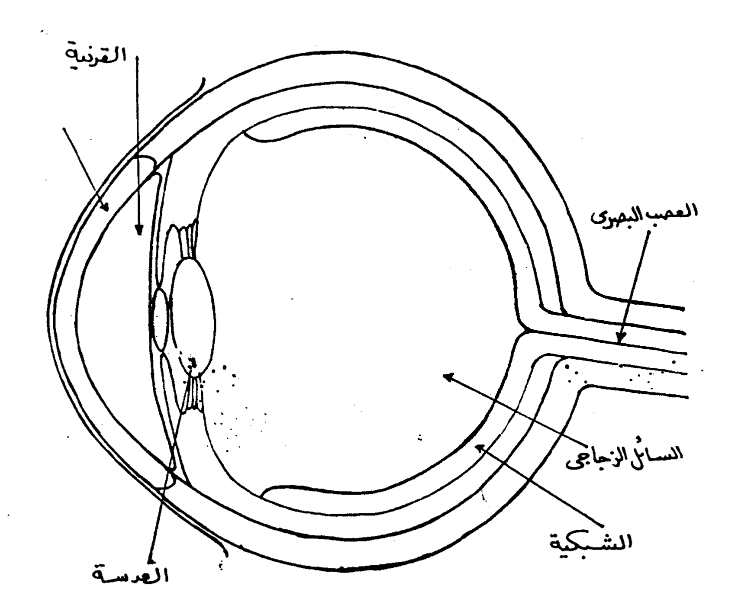
عموماً المعاق بصرياً هو ذلك الفرد الذي يفقد القدرة على الرؤية بواسطة الجهاز الخاص بالرؤية ، وهو العين .حيث يعجز هذا الجهاز عن أداء وظيفته إذا ما أصابه خلل ، سواء كان خللاً طارئاً كالإصابات والحوادث ، أو كان خللاً ولادياً يولد مع الشخص . ويمكن تقسيم الأسباب التي تعطل العين عن أداء وظيفتها إلى قسمين : أسباب خارجية تتعلق بكرة العين نفسها ، وأسباب داخلية تتعلق بالعصب البصري الموصل بالمراكز العصبية في الدماغ (مصطفى فهمي ، ١٩٦٥ ، ص ١١) .

ومن أجل فهم الكيفية التي تؤثر بها هذه المسببات بما يؤدي إلى الإعاقة البصرية ، يحسن التعرف على تركيب العين . فالعين تنقسم بشكل عام إلى قسمين : قسم أمامي صغير اسمه الغرفة الأمامية يحتوي على سائل رقيق صاف يسمى السائل المائي ، وقسم خلفي رئيسي يحتوي على مادة هلامية تسمى السائل الزجاجي . وتعد القرنية بمثابة النافذة الأمامية للعين ، وهي النسيج الشفاف الوحيد في جسم الإنسان ، ويتحتم على الأشعة الضوئية الداخلة إلى العين أن تنفذ خلالها أولاً . وتقع العدسة خلف القرنية بمسافة قصيرة ، ويفصلها عنها السائل المائي . ويحجب العدسة جزئياً حاجز يسمى القزحية وهو ذلك القرص الملون في العين . وتستقبل العدسة الأشعة الضوئية المتوازية الآتية من الموضوعات المرئية وتجمعها في الناحية الأخرى على شبكية العين في بؤرة محددة فنرى الشيء . وتتعلق العدسة بأربطة يمكن شدها وإرخاؤها بفعل

عضلات صغيرة للغاية على جوانب العين ، وتتحكم القزحية في اتساع الفتحة التي ينفذ منها الضوء إلى العدسة ، أما إنسان العين فهو تلك الفتحة التي تظهر كدائرة سوداء في مركز القزحية ، ويتغير اتساعها نتيجة قوة الضوء أو ضعفه . وتبطن الشبكية كرة العين من الداخل ، ويقابلها في آلة التصوير : الفيلم الحساس ، ولكن الصورة لا تلتصق بها بل ترتد بسرعة هائلة في الاتجاه العكسي ، وبذلك يرى الفرد صوراً جديدة متلاحقة باستمرار .

بذلك تكون مقلة العين محاطة بثلاثة أغلفة ، الغلاف الخارجي هو القرنية من الأمام وامتداده الخلفي يسمى الملتحمة ، يليه الصلبة ، وأخيراً القزحية والجسم الهدبي من الأمام وامتداده من الخلف هو المشيمة . والشبكية تبطن كرة العين من الداخل في حين يملأ الفراغ أمامها السائل الزجاجي ، والصورة التي تتجمع في بؤرة محددة على الشبكية تسمى الإحساس البصري ذلك الذي ينتقل عبر العصب البصري إلى المراكز العصبية في المخ فندرك الموضوعات بصرياً ونعرف معنى الاحساسات البصرية .

أما غدة الدمع الموجودة في مقلة العين فتفرز سائل ملحي يغسل سطح العين المكشوف للخارج ، ثم ينصرف إلى الأنف من خلال القنوات الدمعية . وهذا السائل (الدموع) إذا زاد إفرازها فاضت على حافة الجفن ، وهي تحتوي على مادة قاتلة للبكتيريا لها أثر كبير في وقاية العين من الجراثيم . (عبد العزيز الشخص وآخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٥) .



شكل رقم (٤)

والإعاقة البصرية المرتبطة بأسباب خارجية تعني الإعاقة المترتبة على تلف في الطبقات والأجزاء المكونة للعين . وذلك نتيجة للأمراض كإعتام العدسة (المياه البيضاء) أو العدوى الميكروبية . أو نتيجة لبعض الإصابات أو الحوادث التي قد تؤدي مثلاً إلى انفصال الشبكية .

أما الأسباب الداخلية فتشتمل على العيوب التي يصاب بها العصب البصري ، أو المراكز العصبية في الدماغ . وذلك من قبيل انقطاع العصب البصري نتيجة الإصابة بحادث ، أو حدوث تلف بالمراكز العصبية بالمخ .

وهكذا يصبح من شروط صحة حاسة الإبصار سلامة العين بكل أجزائها وسلامة العصب البصري والمراكز العصبية الحسية في الدماغ . وسلامة هذه الأجزاء المؤلفة لجهاز الرؤية نسبية ، مما يؤدي إلى أن حدة الإبصار أيضاً تكون نسبية . الأمر الذي يجعل الناس فئات تتدرج وفقاً لحدة البصر بترتيب يشتمل في أوله على فئة سليمي البصـــر وينتهي في آخره بفـــئة المكفوفين كلية (مصطفى فهمي ، ١٩٦٥ ، ص ١٢) .

التعرف على الإعاقة البصرية :

مما سبق يتضح أن الإعاقة البصرية تختلف في طبيعتها وشدتها باختلاف أسبابها سواء كانت داخلية أو خارجية ، وباختلاف زمن الإصابة بها سواء كان قبل الولادة أو خلال السنوات الخمس الأولى من العمر أو في مراحل تالية على ذلك ، وأيضاً باختلاف نسبة الفقد في القدرة على الإبصار التي تتراوح بين الفقد التام ودرجات ضعف الإبصار المختلفة .

وهناك اتفاق شبه تام على استخدام حدة الإبصار Visual Acuity كأساس للمقارنة بين الأفراد فيما يتعلق بقوة الإبصار على جانب ومستويات الإعاقة البصرية على الجانب الآخر . وحدة الإبصار هي القدرة على تمييز التفصيلات الموجودة في المجال البصري ، وكلما كانت التفصيلات التي يستطيع الفرد تمييزها دقيقة كان بصره أكثر حدة ، والعكس صحيح فكلما كانت التفصيلات التي يستطيع الفرد تمييزها هي فقط الأكبر حجماً كان أضعف بصراً.

وتعد لوحة علامات سنلن من أكثر وسائل قياس حدة الإبصار شيوعاً وانتشاراً . وقد صمم هيرمان سنلن Snellen هذه اللوحة خلال ممارسته مع ضعاف البصر حيث كان يغير حجم العلامات التي يستخدمها كمثير بصري مع تثبيت المسافة بين اللوحة والفرد الخاضع للفحص وهي مسافة ٦ أمتار ، أو ٢٠ قدم . واستخدم هذه المسافة كبسط للمقام في الكسر الذي يعبر عن حدة الإبصار ، بحيث يحصل الفرد الذي يستطيع تمييز أدق علامات اللوحة على نسبة ٦/٦ أو ٢٠/٢٠ . وتضم لوحة سنلن تسعة صفوف من العلامات تتناقص أحجام علاماتها تدريجياً ، وتعبر أدق علامة عن أفضل حدة للإبصار وقدرتها ٢٠/٢٠ ، وتشير إلى قدرة الفرد على رؤية التفاصيل من مسافة ٢٠٠ قدم ، وعبر بقية الصفوف عن قيمة مختلفة من حدة الإبصار كما يلي :

٢٠/١٠ ، ٢٠/١٥ ، ٢٠/٢٠ ، ٢٠/٣٠ ، ٢٠/٤٠ ، ٢٠/٥٠ ، ٢٠/٧٠ ، ٢٠/١٠٠ ، ٢٠/٢٠٠

وفي ضوء ذلك تم تعريف المعاق بصريا بانه كل فرد تنخفض حدة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ أو ٦/٦٠ في أقوى عينيه بعد استخدام العدسات المصححة للبصر .

كما استخدم سنلن مقياس أدنى زاوية إبصار minimum visual angle وهي تشير إلى اقل زاوية إبصار تكونها الأشعة الضوئية بعد تجميعها بواسطة عدسة العين ، ويمكن للعين عندها التمييز بين مثيرين ضوئيين مختلفين . وقد أوضحت أبحاث سنلن أن مقدار هذه الزاوية هو ٢٠ درجة .

وهكذا أصبح تعريف المعاق بصرياً – من وجهة النظر الطبية والقانونية . بأنه كل فرد تصل حدة إبصار أقوى عينيه إلى ٢٠/٢٠٠ أو أقل بعد استخدام العدسات التصحيحية ، أو هو الفرد الذي قد تزيد حدة إبصار أقوى عينيه عن ٢٠/٢٠٠ إلا أنه يعاني من عيوب في مدى الرؤية بحيث لا يستطيع رؤية المثيرات البصرية التي تقع خارج مخروط ضوئي تبلغ زاوية رأسه ٢٠ در/جة . (عبد العزيز الشخص وآخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٧) .

إلا أن هذا التعريف تعرض لانتقادات عديدة من حيث قدرته علىتمييز الإعاقة البصرية نظراً لأنه يعتمد فقط على حدة الإبصار ومدى الرؤية في حين

يغفل عوامل أخرى عديدة تؤثر في عملية الإبصار مثل قدرة العين على التكيف للضوء الساقط عليها والتعب ، ودرجة كفاءة عضلات العين ..... وغيرها. كما أن لوحة سنلن لا تراعى الحالات التي تقع بين آخر تصنيف العاديين وأول المكفوفين ، أي بين قياسي ٢٠ ، ٢٠ . فإذا أخفق الفرد في رؤية العلامة ٢٠ فإنه يصنف مباشرة ضمن فئة ٢٠ دون مراعاة للدرجات بين هاتين القيمتين .

بذلك يكون التعريف الطبي أو القانوني للإعاقة البصرية على أساس لوحة سنلن تعريفاً غير دقيق ، لأنه يغفل فئة من الأفراد تصنف كمعاقين بصرياً رغم أن لديهم قيم من حدة الإبصار يمكنهم الاستفادة منها كثيراً إذا تم توظيفها بصورة صحيحة .

وقد أمكن التغلب على أوجه القصور في التعريف الطبي – القانوني للإعاقة من خلال توظيف المنظور التربوي الذي يعتمد على تحديد قدرة الفرد على استخدام بصره بفاعليه أكثر من اعتماده على تحديد قيمة حدة الإبصار . ووفقاً للمنظور التربوي يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من الإعاقة البصرية : النوع الأول وهو فئة الذين يعانون من الانعدام التام للرؤية blind ، والنوع الثاني وهو ضعاف البصر low vision وهم ذوي المدى المحدود للرؤية ولكنهم يستطيعون تمييز المثيرات القريبة جداً ، أما النوع الثالث فهو فئة

محدودي البصر limited vision والذين يمكن اعتبارهم مبصرين إذا أمكن تصحيح اضطرابات الإبصار لديهم .

ووفقاً لنفس المنظور توصل بعض الباحثين إلى تعريف خمس فئات مختلفة داخل فئة المعاقين بصرياً طبقاً لمقياس سنلن ، وهي :

١- المكفوفين كلياً : وهم أفراد قد يستطيعون إدراك الضوء ، ولكن حدة إبصارهم تقل عن ٢٠/٢٠٠ ولا يمكنهم رؤية أي مثير بصري على بعد ثلاثة أقدام من أعينهم .

٢- مكفوفون يستطيعون إدراك الحركة : وتصل حدة إبصارهم إلى ٥/٢٠٠ ويمكنهم تمييز بعض المثيرات (كأصابع يدهم) على مسافة ثلاثة أقدام من عينهم .

٣- مكفوفون يستطيعون القراءة : وتصل حدة إبصارهم إلى ٢٠/٢٠٠ ، ويمكنهم قراءة العناوين الكبيرة للصحف ولديهم بعض بقايا الإبصار بحيث يمكنهم الانتقال من مكان لآخر بدون مساعدة .

٤- مكفوفون يستطيعون القراءة : بحدة إبصار أقل من ٢٠/٢٠٠ ولكن يمكنهم قراءة عناوين الصحف والحروف المكتوبة بخط واضح .

٥- مكفوفون يستطيعون القراءة للخط الواضح ولكن حدة الإبصار تقل عن متطلبات مهام الحياة اليومية .

خلاصة القول ، أن الركون إلى التعريف الطبي أو القانوني كأساس لتشخيص الإعاقة البصرية استناداً إلى لوحة سنلن أصبح أمراً به أوجه قصور كثيرة . ويتحتم على المتخصصين الاعتماد على المحك التربوي متمثلاً في القدرة على القراءة كأساس لتشخيص هؤلاء الأفراد حيث أن ذلك سوف يكون له مردود نفسي واجتماعي وتربوي كبير بحيث يبث الثقة لدى المعاقين بصرياً ويحترم الإمكانات البصرية المتوفرة لديهم مهما كانت محدوديتها ، كما أنه يطرح إمكانية استفادتهم من برامج التربية في الفصول العادية أحياناً .

في ضوء ذلك يتضح أن فريق العمل القائم على عملية تشخيص وتقويم المعاقين بصرياً يطرح دوراً ذا أهمية جوهرية على أخصائي التربية يناظر دور الطبيب العيون . كما أن للإعاقة البصرية خصائص مميزة تتعلق ببعض الجوانب الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بقدرة المعاق – أو عدم قدرته – على الاعتماد على نفسه في شئون حياته اليومية مما يضفي على مهمة الأخصائي الاجتماعي أيضاً أهمية خاصة .

استقبال المعاقين بصرياً :

نظراً لأن مهارات التواصل تعد من مكونات القدرة العامة وهي الذكاء ، فإن ارتفاع معامل الذكاء يعني ارتفاع درجة فاعلية مهارات التواصل لذلك فإن تحديد ذكاء المعاق بصرياً في علاقته بطبيعة وشدة الإعاقة يلقي الضوء على الكثير من جوانب شخصية المعاق بصرياً ومنها قدرته على التعلم والتكيف لظروف الإعاقة (صافيناز عبد السلام المغازي ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٣) . كما يجب التأكد من عدم وجود إعاقات حسية أخرى لدى المعاق بصرياً ، حيث أنه يعتمد على الحواس الأخرى في تعويض القصور الناتج عن الإعاقة البصرية خاصة حاستي السمع واللمس .

ويلاحظ أنه من الضروري تحديد أسباب وتوقيت الإعاقة البصرية ، حيث أن لهذه العوامل تأثير واضح على قدرات وإمكانات المعاق بصرياً فيما بعد . "حيث من المتوقع أن نجد ذوي الإعاقات البصرية الطارئة – سواء كانت كف بصر كلي أو جزئي – يستعينوا بخبراتهم البصرية الماضية ، كذلك بالمفاهيم والمدركات البصرية التي سبق أن تعاملوا معها في سد الثغرات الناتجة عن الإعاقة البصرية ، وكذلك في تفسير المعلومات التي تأتي عن طريق الحواس الأخرى . في حين أن ذوي الإعاقة البصرية الولادية الذين لم تتح لهم الفرصة للتعامل مع الخبرات والمفاهيم البصرية ، سوف يعانون من بعض الصعوبات

في تعلم وإدراك المفاهيم البصرية ، وكذلك الذين حرموا من إدراك وأداء التعبيرات والتلميحات الوجهية والجسمية المصاحبة لعملية التواصل" (صافيناز عبد السلام ، ٢٠٠٢ ، ص ٢١) .

بصفة عامة ، تبدأ عملية تشخيص وتقويم المعاقين سمعياً بتشخيص الإعاقة البصرية وتحديد الذكاء . ويلاحظ أن تكوين بطارية قياس الذكاء ليس بالمهمة اليسيرة ، حيث يكون الاعتماد على الاختبارات والمقاييس ذات المثيرات اللفـظية ، مثل بعـض المقاييس الفرعية في مقياس وكسلر للذكاء ، أو مقياس بينيه . كما أن بعض الاستبيانات التي يمكن تطبيقها على الوالدين قد تكون ذات فائدة ، وذلك بالإضافة إلى اختبارات الذكاء التي أعيد تقنينها على عينات من المكفوفين أو تلك المصممة خصيصاً لقياس ذكاء المكفوفين .

ثم يتعين بعد ذلك اختيار مجموعة من الأدوات والمقاييس التي تحدد مستوى بعض القدرات الخاصة التي يفيد استثمارها في التغلب على الصعوبات التي تفرضها إعاقة البصر ، مثل القدرات اللغوية أو بعض القدرات الفنية والموسيقية ، أو القدرات الحركية ، أو بعض أنواع المهارات اليدوية . . . إلخ. كما يجب استكشاف اهتمامات المعاق بصرياً والتعرف على ميوله التي تتعلق بالجوانب الدراسية أو المهنية أو بالأنشطة الترفيهية ، ومن المهم مقارنة تلك الاهتمامات والميول بالإمكانات والاستعدادات الفعلية لدى الكفيف . بالإضافة إلى

ذلك ، يجب التعرف على طبيعة اتجاهات الكفيف النفسية ، خاصة اتجاهه من إعاقته ومدى تقبله لها ومدى تكيفه مع الظروف التي ترتبط بالإعاقة .

أما ما يتعلق بمهمة دراسة خصائص الشخصية ، فعلى الأخصائي النفسي الكلينيكي أن ينتقي مجموعة من الأدوات التي يمكن من خلالها اكتشاف نقاط القوة والضعف في شخصية الكفيف ، مثل خصائص الانطواء والانبساط وما يرتبط بها من ميول إلى العزلة أحياناً ومدى التوافق النفسي والاجتماعي . . . وهكذا . وقد يكون ذلك في إطار من المقابلة الطليقة ، أو باستخدام مقاييس الشخصية الملائمة لحالات الإعاقة البصرية (*)[1].

وفي حالة ظهور دلائل على وجود مشكلات نفسية معينة لدى الكفيف ، يصبح من الضروري دراسة المشكلة بعناية وتقصي اسبابها الحقيقية سواء ارتبطت بظروف الإعاقة أم لا . ويمكن هنا الاعتماد على أساليب متعددة كالمقاييس والاختبارات النفسية الخاصة بمشكلات كلينيكية معينة كالاكتئاب أو القلق أو الميول العصابية سواء كانت تلك المقاييس صالحة للتطبيق على المكفوفين (*)[2] ، أو كانت مصممة خصيصاً لتطبيق على فئات المكفوفين (*) .

---

١ مثال : "قائمة أيزنك للشخصية " تعريب إعداد جابر عبد الحميد ومحمد فخر الإسلام . ملحق ٦ (أ ، ب ، جـ)

(*)٢ مثال "مقياس قدم" . (قلق المكفوفين) إعداد عادل الأشول وعبد العزيز الشخص . ملحق ٧(أ ، ب ، جـ ، د ، هـ ، و ، ز).

بالإضافة إلى ذلك يمكن دراسة الجوانب الأكثر عمقاً في الشخصية مثل المشاعر المكبوتة والصراعات الأساسية . . . وما إلى ذلك ، وهنا يمكن الاعتماد على الأساليب والفنيات المشتقة من طرائق التحليل النفسي من قبيل التداعيات وتفسير الأحلام والهفوات والاستجابات على الوسائل الإسقاطية وجدير بالذكر أن العديد من الوسائل الإسقاطية تعتمد على المثيرات البصرية وهي بذلك لا تصلح للمكفوفين ، لذلك تعتبر الوسائل الإسقاطية ذات المثيـرات اللفظية هي الأنسـب (*)[1].

إن اعتماد الإنسان على حاسة الإبصار في أغلب أنشطته الحياتية وفي بناء علاقاته بالعالم وبالآخرين يجعل من الإعاقة البصرية مصدراً للحرمان من كثير جداً من أسباب السعادة والتوافق النفسي والاجتماعي والصحة النفسية . لذلك يجب أن يراعى فريق التشخيص النفسي للمعاقين بصرياً محاولة استكشاف كل الإمكانات لدى المعاق بصرياً وفي مجتمعه المباشر والكبير ، والتي يمكن أن تستثمر من أجل تعويض الوظائف التي تعطلت مع الإعاقة البصرية . وصولاً إلى أفضل مستوى من الأداء دراسياً ومهنياً ووصولاً إلى أفضل مستوى من التوافق النفسي والاجتماعي .

(*)١ مثال : "اختبار ساكس لتكملة الجمل" تعريب أحمد عبد العزيز سلامة . ملحق ٨(أ ، ب ، جـ ، د) .


المراجع

(المراجـــع)

١- بول جيوم (١٩٦٣) : علم نفس الجشطلت ، ترجمة صلاح مخيمر وعبده رزق ميخائيل ، مؤسسة سجل العرب .

٢- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي . دار النهضة العربية .

٣- جوزيـــف ريـــزو وروبـــرت زابل (١٩٩٩) : تربية الأطفال والمراهقين المضـــطربين ســـلوكياً ، الـــنظرية والتطبيق . ترجمة عبد العزيز السيد الشـــخص وزيـــدان أحمد السرطـــاوي . جـــ١ . دار الكتاب الجامعي ، العين ، الإمارات العربية المتحدة .

٤- دانييل لاجاش (١٩٦٥) : وحدة علم النفس ، ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق . ط٢ . مكتبة الأنجلو المصرية .

٥- ســـارة حسن محمد حسن (١٩٩٧) : أثر التفاعل الشخصي على اتجاهات الأطفـــال الأســـوياء نحـــو المتأخريـــن عقلياً في التعلم الابتدائي ، رسالة

ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .

٦- سيد خير الله ولطفي بركات (١٩٦٧) : سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته ، دراسات نفسية تربوية اجتماعية للأطفال غير العاديين . مكتبة الأنجلو المصرية .

٧- صافيناز عبد السلام المغازي (٢٠٠٢) : فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال . رسالة ماجستير غير منشورة . كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٨- صلاح مخيمر (١٩٦٠) : الأنماط الانفعالية للمكفوفين . مكتبة الأنجلو المصرية .

٩- صلاح مخيمر (١٩٧٩) : المدخل إلى الصحة النفسية . ط٣ مكتبة الأنجلو المصرية .

١٠- عـبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٥) : فقدان السمع ، المعينات السمعية ، وطفلك ، دليل للآباء والأمهات . دار النهضة العربية .

١١- عـبد الرحمـن سـيد سـليمان (١٩٩٩) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، الأساليب التربوية والبرامج التعليمية . مكتبة زهراء الشرق .

١٢- عـبد الرحمن سيد سليمان وإيمان فوزي (٢٠٠٠) : قراءات في الإعاقة السمعية . مذكرات غير منشورة.

١٣- عـبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٢) : قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، مكتبة الأنجلو المصرية .

١٤- عـبد العزيز السيد الشخص وعبد الرحمن سليمان ونبيل حافظ (٢٠٠٠): مدخل إلى رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة . مذكرات غير منشورة .

١٥- فـرانك سيفرين (١٩٧٨) : علم النفس الإنساني ، ترجمة طلعت منصور وعادل عز الدين وفيولا الببلاوي مكتبة الأنجلو المصرية .

١٦- لويس كامل مليكة (١٩٧٦) : دراسة الشخصية عن طريق الرسم . ط٣ . مكتبة النهضة المصرية .

١٧- مصـــطفى فهمـــي (١٩٦٥) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين . مكتبة مصر .

18- English, H.B. and English, A.C. (1961) : A Comprehensive Dictionary of psychologcial and psychoanalytical Terms. Longman, New York.

19- Saliva, John & Ysseldyke, James E. (1981) : Assessment in special and Remedial Education. Houghton Mifflin Company, Boston.

الملاحق

الاسم :   المدرسة / ...

تاريخ الميلاد :   المدينة

كيف تستخدمي هذا الكتيب

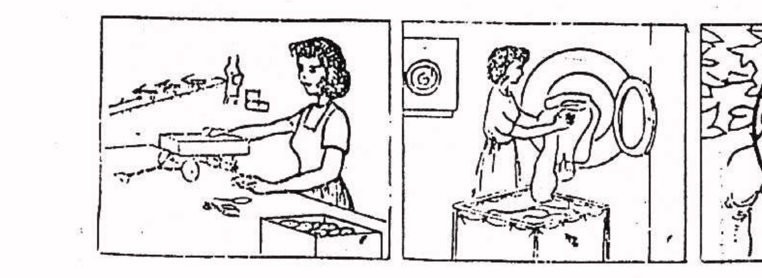
ليس هذا اختبارا ، ولا توجد اجابة صحيحة واخرى خاطئة ... فان اجابتك سوف تشير الى نوع العمل الذى تميلين اليه اكثر من غيره ، وبالتالى تفضلين القيام به .

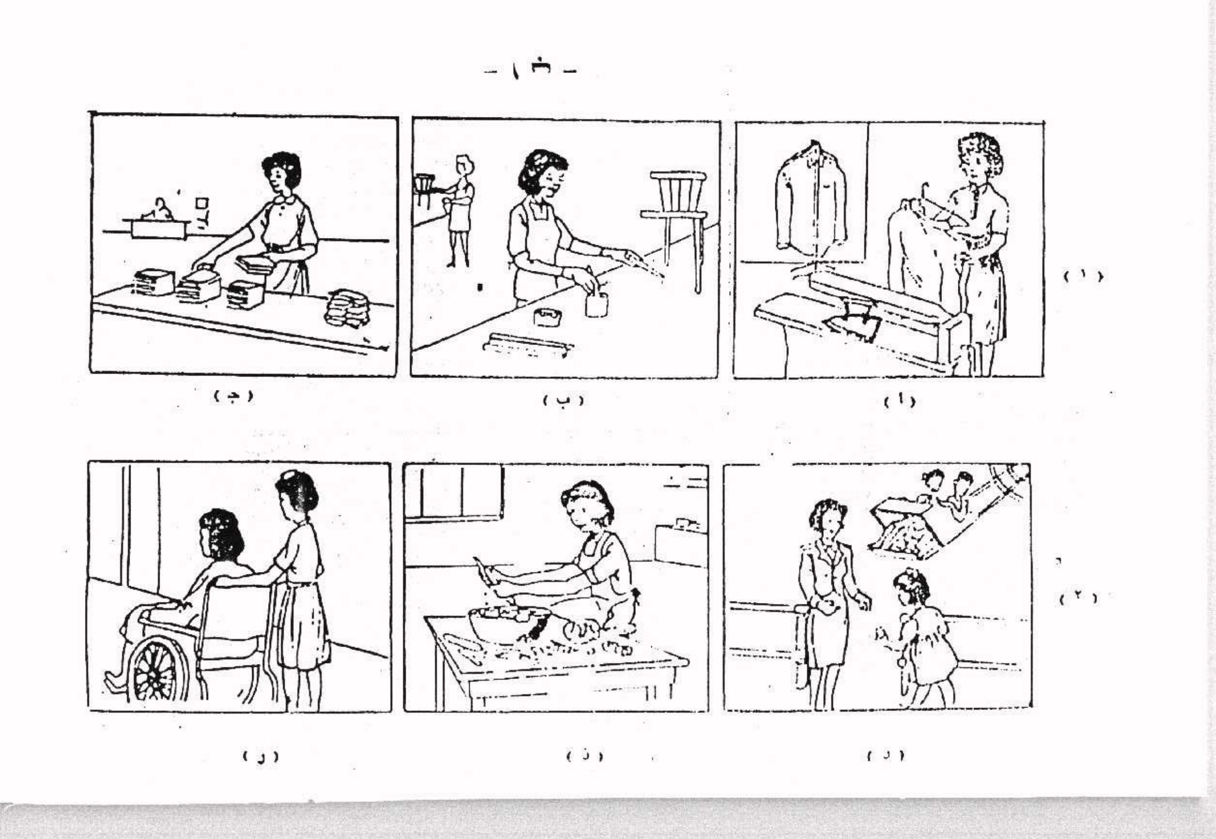
توجد فى كل صفحة من صفحات هذا الكتيب مجموعتان من الصور فى صفين افقيين ، كما ترين فى المثال الموجود باسفل هذه الصفحة ، فان كنت تميلين الى العمل فى جمع المحاصيل الزراعية والحدائق كما ترين فى الصورة (أ) فعليك أن تضعى دائرة كبيرة حول هذه الصورة كما هو موضح فى المثال .

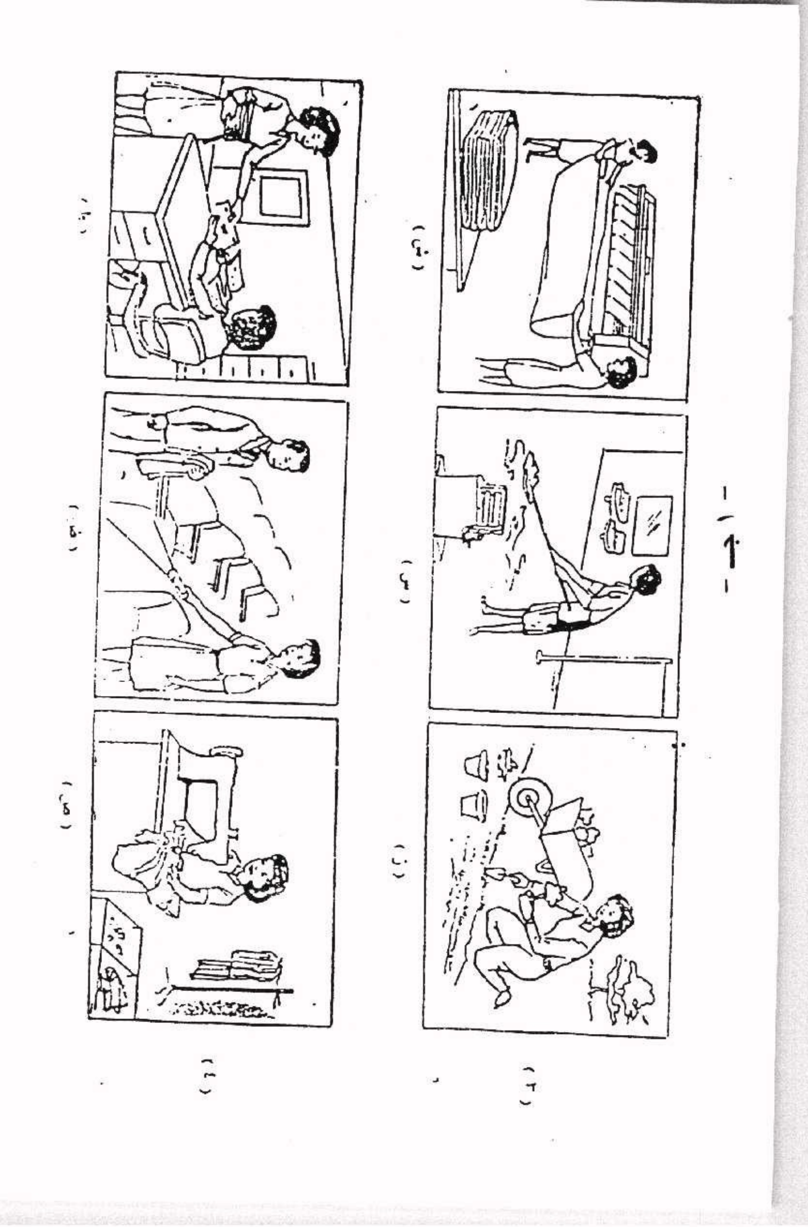
وعليك ان تختارى صورة واحدة من كل صف ثلاثى ، وبالتالى يجب ان تختارى الصورة التى تميلين اليها بصورة اكبر من غيرها من كل صف .

واذا كنت تميلين الى الصور الثلاثة ، عليك ان تقررى اختيار صورة واحدة فقط وتضعى دائرة على الصورة التى تميلين اليها اكثر من غيرها ، و... لم يكن لديك الميل لأى صورة من الصور الثلاثة ... عليك ان تضعى دائرة حول الصورة التى قد توافقين ان تعملى فيها لفترة قصيرة جدا من الوقت .

يوجد فى هذا الكتيب (٤٠) صف من الصور ، لفتيات يعملن فى مهن مختلفة ، كالمثال الموضح باسفل الصفحة ، تأكدى من وضعك دائرة واحدة فى كل صف من هذه الصور .   ولك شكرى وتقديرى




(١)
(أ)
(ب)
(ج)
(٢)
(د)
(ذ)
(ر)



الاسم :

تاريخ الميــــلاد : المعهد او المدرسة :

كيف تستخدم هذا الكتيب :

ليس هذا اختبارا ، ولا توجـد اجـابة صحيحة واخرى خاطئة فاجابتك سوف تشير الى نوع العمل الذى تميل اليه اكثر من غيره وبالتالى تفضل القيام به .

توجد فى كل صفحة من صفحات هـــذا الكتيب مجموعتان من الصور فى عمودين افقيين. كما ترى فى المثال الموجود باسفل هذه صفحة .

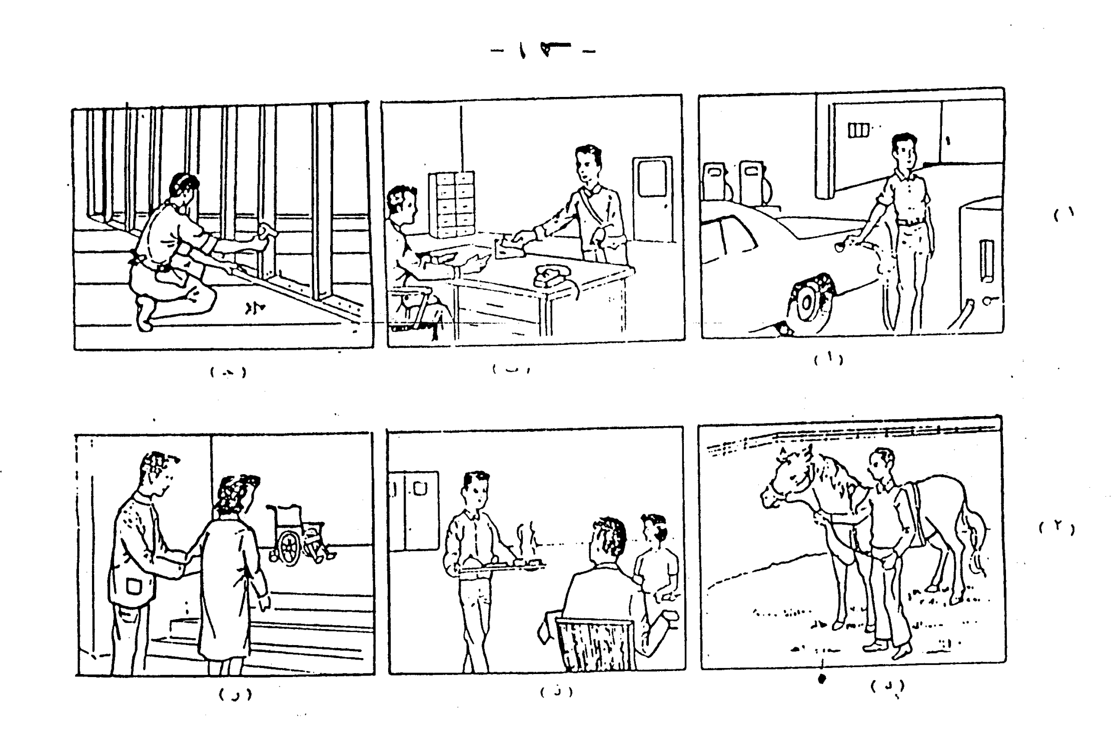
فان كنت تميل الى العمل فى تنظيف وتنســيق الحدائق كما ترى فى الصورة (أ) فعليــك ان تضع دائرة حول تلك الصورة كما ترى فى المثال . يمكنك ان تختار صورة واحدة من كل صف ثلاثى وبالتالى عليك ان تختار الصورة التى تميل اليها بصورة اكبر من غيرها من كل صف ثلاثى .

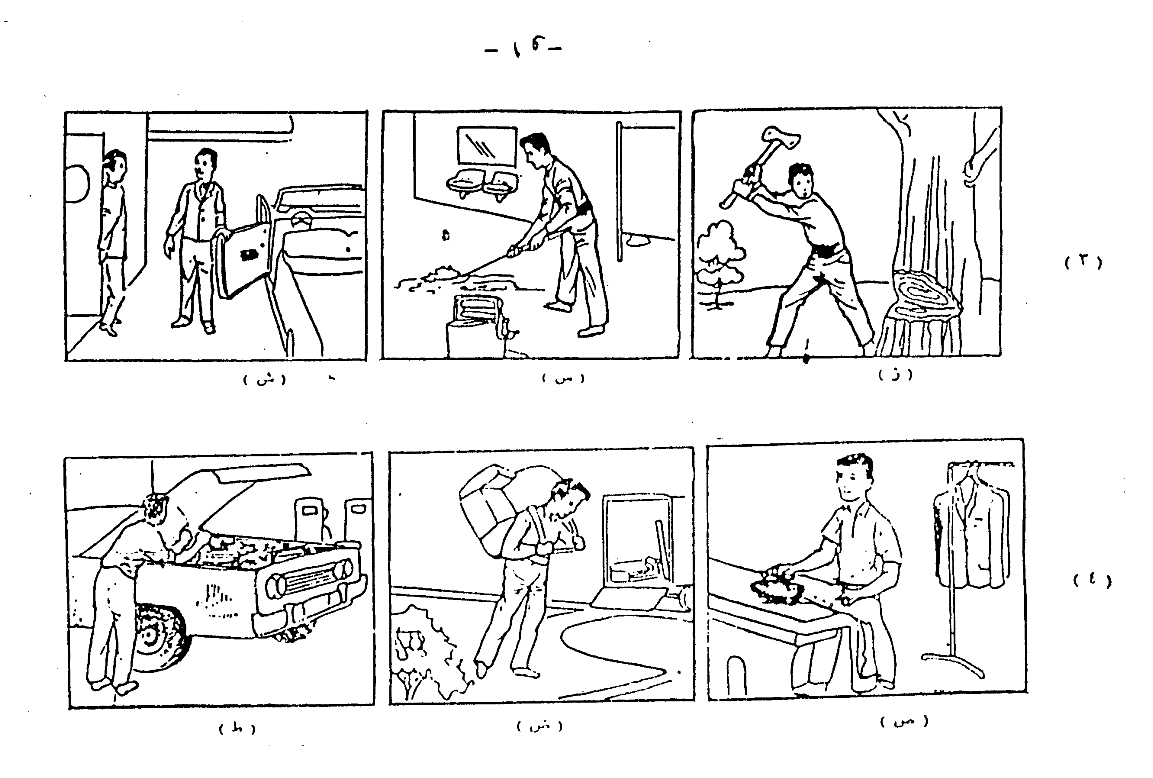
واذا كنت تميل الى الصور الثلاثة . عليك ان تقرر اختيار صورة واحدة فقط ، وترســم دائرة على الصورة التى تميل اليها اكثـــر من غيرها . واذا لم تكن تميل الى اى صـــورة من الصور الثلاثة . عليك ان تضع دائرة حـــول الصورة التى قد توافق ان تعمل مثلا لفتـــرة قصيرة جدا من الوقت .

يوجد فى هذا الكتيب [illegible] من الصور [illegible] فى اعمال مختلفة [illegible] دائرة [illegible] فى كل صف من هذا الكتيب كالمثال الموضح باسفل الصفحة [illegible]

اقلب الصفحة وابدأ الاجابة .

(أ) (ب) (جـ)


(١)
(أ)
(ب)
(جـ)
(٢)
(د)
(هـ)
(و)


(٣)
(ز)
(س)
(ش)
(٤)
(ص)
(ض)
(ط)

مقيـــاس ن . ر

اعـداد
دكتور / عبد العزيز السيد الشخـــص
مدرس الصحة النفسية
بكليـــة التربيـــة - جامعة عين شمس



تعليمـــات المقيـــاس

عزيزى المدرس (ولى الأمر)

تحية طيبة .. وبعد

هناك أنواع معينة من السلوك التى قد تصدر من بعض الأطفال بينمـــا لا تصدر من البعض الآخر . وقد يكون بعضها مرغوبا فيه بينما البعض الآخر غيـــر مرغوب فيه ، وبالتالى يحتاج الطفل فى هذه الحالة الى مساعدة خاصة .

وحيث أنك تقضى وقتا طويلا مع الأطفال (سواء فى المدرسة أو المنـــزل) فاننا نأمل أن تساعدنا فى تحديد نوع سلوك اطفالك حتى يمكن تقديم المساعـــدة لهم اذا لزم الأمر .

وفيما يلى مجموعة من العبارات (توجد فى بطاقة التقدير المرفقة) تصـــف مظاهر السلوك التى يمكن أن تصدر فى أى وقت من الاطفال الذين تتعامل معهـــم أو تعايشهم .

والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة بدقة وتحدد درجة انطباقها على الطفـــل حسب التدريجات الاربعة :

١ - لا يحدث على الاطلاق .
٢ - يحدث فى بعض الاحيان .
٣ - يحدث كثيـــــرا .
٤ - يحدث دائمـــــا .

وذلك بأن تضع علامة (✓) أمام كل عبارة تحت الدرجة التى ترى أنهـــا تحدد تكرار صدور هذا السلوك من الطفل .

مثال :

العبارة الاولى تقول " كثير النشاط لا يهدأ " .

١ - فاذا لم تكن تلاحظ هذا السلوك على الطفل أبداً ضع علامة (✓) تحت خانة لا يحدث على الاطلاق .

٢ - واذا كان الطفل يصدر هذا السلوك فى بعض الاحيان ضع علامة (✓) تحت خانة " يحدث فى بعض الاحيان ".

٣ - واذا كان الطفل يصدر هذا السلوك كثيرا ضع علامة (✓) تحت خانة " يحدث كثيرا " .

٤ - أما اذا كان السلوك يتكرر باستمرار من الطفل فضع علامة (✓) تحت خانة " يحدث دائما " .

مع رجاء التكرم بكتابة أية ملاحظات لكم على الطفل أو المقياس أو مظاهر سلوكية أخرى قد تلاحظونها ولا توجد فى المقياس وذلك فى الصفحة الخلفية .

والباحث اذ يشكركم على تعاونكم المخلص فانه على أتم استعداد لمد يد العون والمساعدة لأطفالنا الاعزاء فى سبيل تنشئة الاجيال الصالحة انشاء الله .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،

بطاقة التقدير

اسم الطفل :
السنة الدراسية :
اسم القائم بالتقدير (مدرس أو ولى الأمر) :

تاريخ الميلاد :
اسم المدرسة :
تاريخ التقدير :

م	السلوك الملاحظ	درجات حدوثه			
		لا يحدث على الاطلاق	يحدث فى بعض الاحيان	يحدث كثيرا	يحدث دائما
١	كثير النشاط ولا يهدأ				
٢	تسهل استثارته				
٣	كثير الشغب				
٤	يقلق راحة زملائه				
٥	يتشتت انتباهه بسهولة				
٦	اذا اعطى سؤالا يندفع الى الاجابة دون تفكير (فقد يعطى اجابة خطأ تعقبها اجابة صحيحة)				
٧	لا يستطيع اتمام واجباته المدرسية				
٨	لا يثبت فى مكان واحد لمدة طويلة (١٠ دقائق مثلا)				
٩	غير مطيع ويخرج على النظام				
١٠	متقلب المزاج				
١١	يرغب فى أن تجاب طلباته فى الحال				
١٢	حاد المزاج وسريع الانفعال				
١٣	لا يمكن التنبؤ بسلوكه				
١٤	يبكى لابسط الاسباب				
١٥	لا يستطيع متابعة شرح المدرس فى الفصل				
١٦	ضيق الصدر ولا يحتمل الاخرين				
١٧	يندفع الى السلوك دون حساب لما يترتب عليه من نتائج				
١٨	لا يستطيع أن يقضى وقتا طويلا (١٠ دقائق مثلا) فى لعبة واحدة .				
١٩	عندما يغضب لا يستطيع ضبط نفسه ويتفوه بالفاظ نابية				
٢٠	يتحدث بصوت مرتفع فجأة دون مراعاة النظام				
٢١	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع زملائه				
٢٢	يصعب عليه تكوين علاقات طيبة مع مدرسيه				



اختبار رسم الرجل

عناصر الرسم

١) وجود الشعر　　٢) وجود الشعر فى اماكنه الصحيحة .

٣) وجود الرأس .　　٤) تناسب الرأس .

٥) التوافق الحركى لخطوط الرأس .　　٦) وجود العينين .

٧) وجود الحاجب والرمش .　　٨) وجود انسان العين .

٩) اظهار اتجاه النظر .　　١٠) تناسب العينين .

١١) وجود الأنف .　　١٢) اظهار فتحتى الأنف . .

١٣) وجود الفم .　　١٤) رسم الفم والانف من بعدين .

١٥) وجود الاذنين .

١٦) وجود الأذنين فى المكان الصحيح بطريقة مناسبة .

١٧) اظهار بروز الذقن .　　١٨) وجود الرقبة .

١٩) اظهار الذقن والجبهة .

٢٠) خطوط الرقبة تتمشى مع الرأس والجذع او كليهما .

٢١) التناسق الحركى لخطوط ملامح الوجه .

٢٢) اظهار الاكتاف بوضوح تام .　　٢٣) وجود الذراعين .

٢٤) اتصال الذراعين أو الساقين بالجذع .

٢٥) فى الاماكن الصحيحة . ٢٦) اظهار مفصل الذراع .

٢٧) تناسب الذراعين . ٢٨) اظهار الذراعين والساقين من بعدين .

٢٩) التوافق الحركى لخطوط الذراعين والساقين .

٣٠) وجود الاصابع . ٣١) عدد الاصابع صحيح .

٣٢) تفاصيل الاصابع . ٣٣) صحة رسم الابهام .

٣٤) اظهار راحة اليد . ٣٥) وجود الجذع .

٣٦) طول الجذع أطول من عرضه .

٣٧) التوافق الحركى لخطوط الجذع .

٣٨) وجود الساقين . ٣٩) تناسب الساقين .

٤٠) اظهار مفاصل الساق . ٤١) وجود الملابس .

٤٢) وجود قطعتين من الملابس .

٤٣) رسم الملابس خالية من أى قطع شفافه .

٤٤) وجود اربع قطع من الملابس .

٤٥) وجود ملابس كاملة دون اخطاء . ٤٦) تناسب القدمين .

٤٧) اظهار الكعب .

٤٨) التوافق الحركى لخطوط الرسم من الناحية العامة (١) .

٤٩) التوافق الحركى لخطوط الرسم من الناحية العامة (٢) .

٥٠) الرسم الجانبى بروفيل (١) .

٥١) الرسم الجانبى بروفيل (٢) .

٥٢) كعب القدمين .

٥٣) اقتراب الذراعين من الساقين .

٥٤) وضع الرأس بشكل صحيح .

٥٥) تناسب الجسم مع الوجه .

٥٦) تناسب الذراعين مع الجسم ككل .

٥٧) تناسب الساقين مع الجسم .

٥٨) لمعان العين .

٥٩) وجود الشفاه .

٦٠) وجود الجبهة .

٦١) وضوح الجبهة .

٦٢) وجود خط للفك .

٦٣) وجود الجسم للانف .

٦٤) وجود فرق الشعر .

٦٥) وجود الأذنين فى اماكنها الصحيحة .

٦٦) وجود الرسغ .

٦٧) تناسب الكتفين مع الجسم .

٦٨) وجود الذراعين .

٦٩) التناسق بين خطوط الجسم .

٧٠) وجود الركبة .

٧١) ظهور الشخص على شكل جانبى .

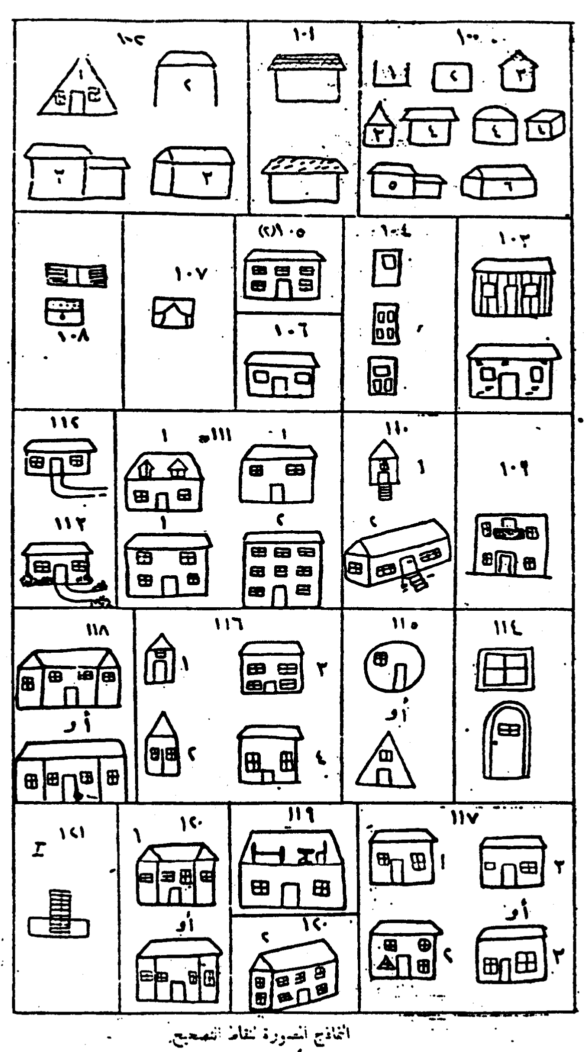
٧٢) حركة الذراعين .

٧٣) حركة الساقين .

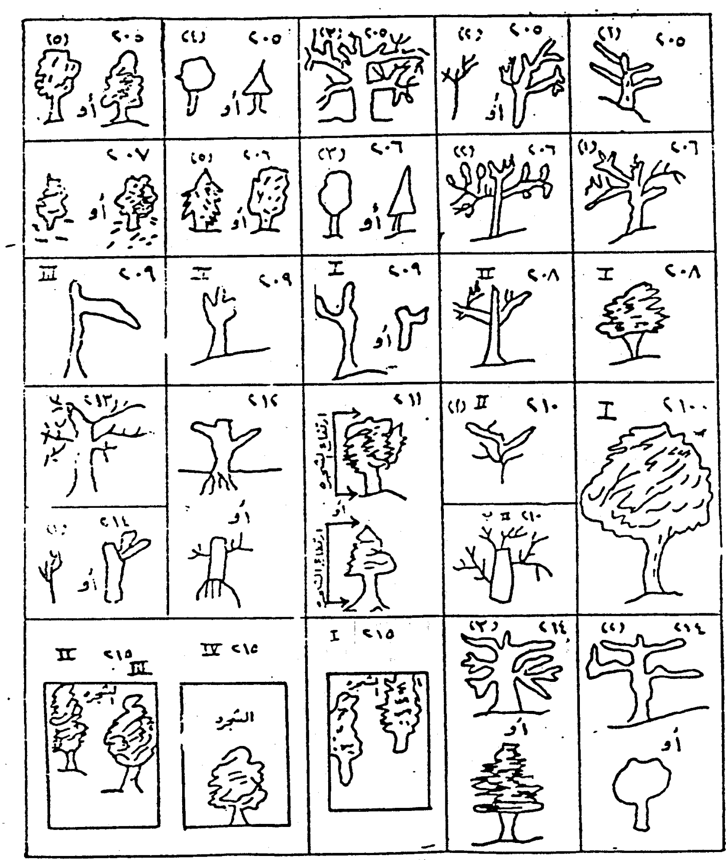
اختبار رسم الرجل

حساب العمر العقلي[٢]

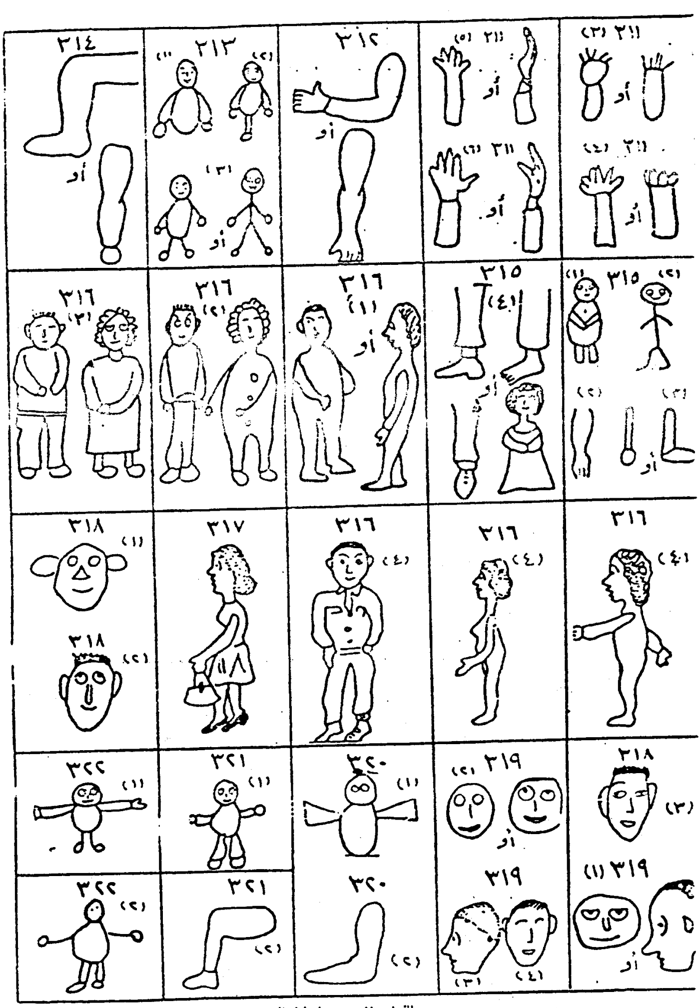
مجموع الدرجات	العمر العقلي بالشهور	مجموع الدرجات	العمر العقلي بالشهور	مجموع الدرجات	العمر العقلي بالشهور
صفر	٣٦	٢٦	١١٤	٥٤	١٩٨
١	٣٩	٢٧	١١٧	٥٥	٢٠١
٢	٤٢	٢٨	١٢٠	٥٦	٢٠٤
٣	٤٥	٢٩	١٢٣	٥٧	٢٠٧
٤	٤٨	٣٠	١٢٦	٥٨	٢١٠
٥	٥١	٣١	١٢٩	٥٩	٢١٣
٦	٥٤	٣٢	١٣٢	٦٠	٢١٦
٧	٥٧	٣٣	١٣٥	٦١	٢١٩
٨	٦٠	٣٤	١٣٨	٦٢	٢٢٢
٩	٦٣	٣٥	١٤١	٦٣	٢٢٥
١٠	٦٦	٣٦	١٤٤	٦٤	٢٢٨
١١	٦٩	٣٧	١٤٧	٦٥	٢٣١
١٢	٧٢	٣٨	١٥٠	٦٦	٢٣٤
١٣	٧٥	٣٩	١٥٣	٦٧	٢٣٧
١٤	٧٨	٤٠	١٥٦	٦٨	٢٤٠
١٥	٨١	٤١	١٥٩	٦٩	٢٤٣
١٦	٨٤	٤٢	١٦٢	٧٠	٢٤٦
١٧	٨٧	٤٣	١٦٥	٧١	٢٤٩
١٨	٩٠	٤٤	١٦٨	٧٢	٢٥٢
١٩	٩٣	٤٥	١٧١	٧٣	٢٥٥
٢٠	٩٦	٤٦	١٧٤		
٢١	٩٩	٤٧	١٧٧		
٢٢	١٠٢	٤٨	١٨٥		
٢٣	١٠٥	٤٩	١٨٣		
٢٤	١٠٨	٥٠	١٨٦		
٢٥	١١١	٥١	١٨٩		
		٥٢	١٩٢		
		٥٣	١٩٥		



النماذج المصورة لنقاط التصحيح.



النماذج المصورة لنقاط التصحيح



النماذج المصورة لنقاط التصحيح

قائمة ايزنك للشخصية

اعداد

دكتور محمد فخر الاسلام دكتور جابر عبد الحميد جابر

الصورة (ب)

الإسم ... ... السن ... ...
المهنة ... ... الجنس (ذكر-أنثى) ... ...

ع = | | م = | | ك = | |

تعليمات

إليك بعض الأسئلة عن الطريقة التي تسلك بها وتحس وتعمل وبعد كل سؤال تجد مسافة للاجابة «نعم» أو «لا».

حاول أن تحدد الإجابة التي تتفق مع طريقتك المعتادة في التصرف والشعور هل هي «نعم» أم «لا» ثم ضع علامة X تحت العامود «نعم» أو تحت العامود «لا» أمام السؤال.

أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا في أي سؤال فنحن نريد استجابتك الأولى، ولا نريد الإجابة بعد عملية تفكير طويلة.

لايجب أن يستغرق الاستفتاء كله أكثر من بضع دقائق.

لا تترك أي سؤال بدون إجابة.

والآن أقلب الصفحة وأجب عن الأسئلة اعمل بسرعة وتذكر أن تجيب عن كل سؤال وليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة فهذا ليس اختبارا للذكاء أو القدرة، بل مقياساً للطريقة التي تسلك بها وتتصرف.

	نعم	لا
١ – هل تحب كثيرا من الإثارة والصخب حولك ؟		
٢ – هل ينتابك شعور بعدم الاستقرار إزاء رغبتك في شيء لا تدرى ما هو ؟		
٣ – هل إجابتك حاضرة عادة عند ما يتحدث إليك الناس ؟...		
٤ – هل تشعر أحيانا بالسعادة وأحيانا بالحزن بدون أي سبب واقعي ؟...		
٥ – هل تظل عادة في الخلفية أو الأزخرة في الحفلات أو الاجتماعات ؟		
٦ – هل كنت تعمل دائما ما يطلب منك وأنت صغير السن دون إبطاء أو تذمر ؟		
٧ – هل تكتئب وتنطوى على نفسك أحيانا ؟		
٨ – إذا جررت إلى خلاف أو شجار فهل تفضل أن تخرج ما في نفسك على السكوت حتى أن يؤدى هذا إلى الاصطدام أو الانفجار ؟		
٩ – هل أنت متقلب المزاج ؟		
١٠ – هل تحب الاختلاط مع الناس ؟		
١١ – هل حدث كثيرا أن ضاع منك النوم بسبب التفكير فيما يقلقك ؟		
١٢ – هل تتضايق أحيانا وتشعر بعدم الاستقرار ؟		
١٣ – هل تعتبر نفسك من المتراخين غير المبالين ؟		
١٤ – هل يغلب أن تتخذ قراراتك بعد فوات الأوان ؟		
١٥ – هل تحب العمل على انفراد ؟		
١٦ – هل يغلب أن تشعر بالتعب وفتور الهمة دون سبب كاف ؟...		
١٧ – هل يغلب عليك أن تكون مليئا بالحيوية والنشاط ؟...		
١٨ – هل تضحك أحيانا على النكت البذيئة الفاضحة ؟		
١٩ – هل تشعر أحيانا أنك قد تحملت ما يكفى لتشعر بالاشمئزاز والضيق ؟		
٢٠ – هل تشعر بعدم الارتياح إذا ارتديت ملابس غير الملابس العادية ؟		
٢١ – هل يشرد ذهنك عند ما تحاول التركيز على موضوع ؟		
٢٢ – هل تستطيع التعبير عن أفكارك بالكلمات بسرعة ؟...		
٢٣ – هل يغلب أن تستغرق في التفكير وتنسى نفسك ؟...		
٢٤ – هل أنت متحرر تماما من جميع أنواع التعصب ؟		
٢٥ – هل تحب عمل المقالب للآخرين ؟...		
٢٦ – هل تفكر كثيرا في ماضيك ؟		
٢٧ – هل تحب الأكل الجيد حبا شديدا ؟		
٢٨ – عند ما تتضايق هل تحتاج إلى صديق تحدثه عن ذلك ؟		
٢٩ – هل يضايقك بيع أشياء لسبب وجيه ، أو طلب المال من الآخرين ؟...		

	نعم	لا
٣٠ – هل تفتخر قليلا فى بعض الأحيان ؟		
٣١ – هل أنت حساس حيال بعض الأشياء ؟		
٣٢ – هل تفضل البقاء بالمنزل وحدك على الذهاب إلى حفل عمل ؟...		
٣٣ – هل يصل بك عدم الاستقرار أحيانا إلى درجة لا تستطيع معها الجلوس فى مقعد فترة طويلة		
٣٤ – هل تحب التخطيط للأشياء بدقة قبل أن يجيء وقتها بوقت كاف ؟		
٣٥ – هل يحدث لك نوبات دوخة ؟		
٣٦ – هل تجيب دائما على الخطابات الشخصية بمجرد أن تقرأها ؟		
٣٧ – هل تستطيع القيام بأعمالك عند ما تفكر فيها بمفردك على نحو أفضل مما لو ناقشتها مع آخرين ؟		
٣٨ – هل شعرت بضيق فى التنفس ذات مرة دون أن تعمل عملا شاقا ؟		
٣٩ – هل أنت شخص تأخذ الأمور ببساطة ولا يقلقك أن يكون كل شيء على ما هو عليه ؟		
٤٠ – هل تقاسى من أعصابك ؟...		
٤١ – هل تفضل التخطيط للأشياء عن عملها ؟		
٤٢ – هل تؤجل ما ينبغى عمله اليوم إلى الغد أحيانا ؟		
٤٣ – هل تصبح عصبيا إذا كنت فى أماكن كالمصعد والقطار والنفق؟		
٤٤ – عند ما تكون صداقات جديدة ، هل تكون أنت البادىء عادة أو الداعى ؟		
٤٥ – هل يحدث لك صداع شديد ؟		
٤٦ – هل تشعر عادة أن الأمور سوف تتبلور وتحل فى النهاية بطريقة أو بأخرى ؟		
٤٧ – هل يصعب عليك أن تنام فى موعد النوم ؟		
٤٨ – هل حدث أن كذبت فى بعض الأحيان فى حياتك ؟...		
٤٩ – هل تقول أحيانا أول ما يخطر على بالك ؟		
٥٠ – هل تقلق لمدة طويلة بعد خبرة محرجة ؟		
٥١ – هل تحتفظ عادة بنفسك لنفسك ، إلا مع الأصدقاء المقربين؟		
٥٢ – هل يغلب أن تقع فى ورطة لأنك تعمل أشياء بدون تفكير ؟		
٥٣ – هل تحب أن تقول النكت وتحكى القصص الفكاهية لأصدقائك ؟		
٥٤ – هل تفضل أن تكسب لعبة على أن تخسرها ؟		
٥٥ – هل تشعر غالبا بالحياء عندما تكون مع الرؤساء ؟...		
٥٦ – عند ما تكون الاحتمالات ضدك فهل ترى عادة أن الأمر يستحق المغامرة بالرغم من ذلك ؟		
٥٧ – هل تزداد دقات قلبك قبل المناسبات الهامة ؟		

اولا بيانات أولية عن المكفوف

الاسم .... النوع ذكر / أنثى

المدرسة .... تاريخ الميلاد ....

المهنة للوالد ———— مستوى تعليمه ————

مرتبه ....

مهنة الوالدة .... مستوى تعليمها ....

مرتبه ....

اجمالى دخل الأسرة فى الشهر .... جنيها

عدد مرات الرسوب فى الدراسة ....

آخر تقدير حصلت عليه ....

عدد المهن التى التحقت بها ————

المدة التى قضيتها فى كل مهنة ....

ثانيا : تعليمات المقياس

(أ) تعليمات خاصة بالباحثين

أخي الباحث : نود أن نحيطك علما بأن هذ المقياس أعد أساسا للاستخدام مع الافراد المكفوفين ، وقد تم تقنينه على عينة من المكفوفين بعد أن كتب بطريقة بريل ، ونرجو الالتزام بهذه الطريقة (الموضحة بالكتيب الخاص بتقنين المقياس) قدر المستطاع .

وفى حالة عدم امكانية لحصول على نسخ من المقياس بطريقة بريل فيمكنك تطبيقه شفهيا سواء بطريقة فردية أو بطريقة جماعية ، وذلك باتباع ما يلى :

١ ـ ملىء البيانات الأوليةعن المكفوف الموضحة بصدر كتيب التعليمات والمواقف قبل البدء فى الاختبار .

٢ ـ العمل على تهيئة المكفوف (أوالمكفوفين) لموقف الاختبار ، وذلك بتوفير الجوالهادىء لمناسب الذى يجعل لمكفوف يطمئن إلى الباحث ويتفاعل معه بشىء من الثقة مما قد يجعله يجيب على مواقف المقياس بدرجة كبيرة من الصدق . كما يجب اعطائه فكرة سريعة عن المقياس تتضمن أنه ليس اختبارا لقدرته العقلية أو مستوى تحصيله وانما يقصد منه التعرف على اتجاهاته وارائه ومشاعره نحو موضوعات مختلفة .

٣ ـ يتم قراءة كل موقف على المكفوف بصوت واضح دون ايحاء له باجابة معينة .

٤ ـ يطلب من المفحوص أن يذكر اجابته على كل موقف اما بنعم أو بلا ثم يقوم الفاحص بتدوينها مباشرة أمام البند . وقد يطلب الفاحص من المكفوف كتابة رقم الموقف والاجابة عليه بنعم أو لا فى ورقة مستقلة مستخدما المسطرة التى يستخدمها فى الكتابة بطريقة بريل ـ وفى هذه

الحالة قد يستعين البحث بأحد المتخصصين فى الكتابة بطريقة بريل فى ترجمة اجابات المفحوصين .

٥ ـ فى حالة توفر نسخ من المقياس مكتوبة بطريقة بريل يطلب الباحث من المفحوصين الالتزام بالتعليمات الخاصة بهم والموضحة فيما يلى :

(ب) تعليمات خاصة بالمكفوف

١ ـ يعرض عليك فيما يلى بعض المواقف التى نود أن تجيب عليها بصراحة ووضوح ، مع ملاحظة أن هذه المواقف ليست اختبارا لمقدرتك العقلية أو مستوى تحصيلك ، ولكن يقصد منها التعرف على اتجاهاتك وآرائك ومشاعرك نحو موضوعات مختلفة .

٢ ـ نرجو منك قراءة كل موقف بدقة وعناية ثم تقرير ما اذا كان هذا الموقف صادقاً أو خاطئا بالنسبة لك ، فإن كان صادقا بالنسبة لك أو غالبا ما يكون فعليك أن تكتب كلمة (نعم) أمام رقم الموقف فى ورقة مستقلة مستخدما مسطرتك التى تستخدمها فى الكتابة ، وان كان الموقف غير صادق بالنسبة لك أو غالبا ما يكون كذلك فعليك أن تكتب كلمة (لا) أمام رقم الموقف فى الورقة المستقلة التى تدون اجابتك بها .

٣ ـ نرجو عدم كتابة شيئا فى كتيب المواقف ، كما نرجو ملىء البيانات الأولية الموجودة فى صدر كتيب المواقف .

٤ ـ نود أن نعبر لك عن خالص شكرنا على عنايتك ودقتك فى قراءة المواقف والاجابة عليها ، ونحن على أتم استعداد لأية استفسارات أو ارشادات تريد أن تستوضحها سواء تتعلق بالمقياس ، أو تتعلق بك شخصيا .

ثالثا : مواقف المقياس

نعم

١ ـ كثيرا ما ينتابني القلق على فقدان سمعي .

٢ ـ غالبا ما أثق في من يقودني من الناس .

٣ ـ عادة ما ينتابني اليأس لشعوري بالوحدة .

٤ ـ غالبا ما يجعلني الازدحام في حالة ضيق .

٥ ـ كثيرا ما أواجه صعوبات عند ارتداء ملابسي .

٦ ـ اشعر بالضيق عندما اضطر إلى تناول الطعام مع المبصرين .

٧ ـ لايقلقني عدم قدرتي تكوين صداقات الآخرين .

٨ ـ لا أعتقد أن الناس يرونني خجولا في كثير من الاحيان .

٩ ـ عادة ما يقلقني تواجدي في المناسبات الاجتماعية

١٠ ـ أعتقد أن العمى قد حطم حياتي بصورة كاملة .

١١ ـ عادة ما أشعر بالقلق أثناء مقابلة الأشخاص الآخرين .

١٢ ـ غالبا ما يتجنب الناس مصافحتي .

١٣ ـ استمتع بتواجدي مع الجماعة .

١٤ ـ كثيرا ما أكون قلقا على مظهري العام .

١٥ ـ أرفض الاستعانة بالعصا لأنها تظهرني كشخص عاجز ضعيف .

١٦ ـ عادة ما أشعر بالارتباك عندما أكون مع اصدقائي المبصرين .

١٧ ـ أخشى الفشل في المستقبل .

١٨ ـ كثيرا ما أعاني من اضطرابات في المعدة .

١٩ ـ يجب أن يتزوج المكفوفون بالمكفوفات .

٢٠ ـ عادة ما يصعب على اتخاذ القرارات .

٢١ ـ نادرا ما أجد صعوبة عند النوم .

٢٢ ـ غالبا ما اشعر بالاجهاد لأنه يجب على تركيز انتباهي باستمرار .

٢٣ ـ يقلقني ضرورة اعتمادي على الاخرين .

نعم

٢٤ ـ يصعب على تجاهل حقيقة أننى أختلف عن الآخرين .

٢٥ ـ غالبا ما يقلقنى تخطيط حياتى المستقبلية .

٢٦ ـ أخاف من أننى لن أكون فى أمن مادى مطلقا .

٢٧ ـ أشعر بعدم انتمائى للجماعة رغم تواجدى بها .

٢٨ ـ كثيرا ما أشترك فى نشاطات الجماعة .

٢٩ ـ أعتقد أن العمى عقاب شخصى .

٣٠ ـ لايقلقنى كونى أعمى .

٣١ ـ لاأود أن ارتبط عاطفيا مع شخص مبصر .

٣٢ ـ لا أخاف من القيام بعمل ما .

٣٣ ـ كثيرا ما تزداد دقات قلبى عند التحدث مع أناس لاأعرفهم جيدا .

٣٤ ـ كثيرا ما يخفق قلبى بشدة عندما أسير بمفردى .

٣٥ ـ عندى ميل شديد للموافقة على ما يقوله الآخرون .

٣٦ ـ كثيرا ما أشعر بارتعاش يدى .

٣٧ ـ غالبا ما أشعر بأننى شخص غير مرغوب فيه عندما أكون مع أصدقائى المكفوفين .

٣٨ ـ نادرا ما يشعرنى الاشخاص المبصرون باننى شخص عديم القيمة .

٣٩ ـ أنا سريع الغضب .

٤٠ ـ غالبا ما تكون قدرتى على التركيز جيدة .

٤١ ـ غالبا ما أشعر بصعوبة فى التعبير عن أفكارى أمام الآخرين .

٤٢ ـ كثيرا ما تجعلنى الضوضاء عصبيا .

٤٣ ـ أميل إلى أداء الأعمال الجديدة .

٤٤ ـ كثيرا ما أشعر بالألم خلف رقبتى خاصة عندما أكون فى وسط غير مألوف لى .

٤٥ ـ لا أقع فى أخطاء كثيرة عندما أكون متعجلا .

٤٦ ـ تضايقنى العقبات البسيطة .

٤٧ ـ أميل إلى الإمساك بالعصا حتى عندما أكون جالسا .

نعم   لا

٤٨ ـ كثيرا ما أكون متوترا بصورة كبيرة عندما أحاول تذكر مع قرأته أو ما قرأه على أحد .

٤٩ ـ كثيرا ما أجد صعوبة فى الحديث عندما أكون مع المبصرين .

٥٠ ـ يقلقنى الذهاب إلى المتاجر أو المحلات لشراء ما يلزمنى .

٥١ ـ فى بعض الأحيان أشعر بالضياع حتى عندما أكون فى وسط مألوف لى .

٥٢ ـ غالبا ما أشعر بالقلق على المستقبل .

٥٣ ـ لاتنتابنى أحلام اليقظه كثيرا .

٥٤ ـ كثيرا ما تقلقنى تعبيرات وجهى .

٥٥ ـ أشعر بأن لدى نفس القدر من المخاوف التى لدى أصدقائى المكفوفين .

٥٦ ـ يجب على أن أكون حذرا فى صحبة الأشخاص المبصرين .

٥٧ ـ حياتى متوترة باستمرار بسبب اصابتى بالعمى .

٥٨ ـ ينتابنى التوتر عند شعورى بمراقبة الآخرين لى .

٥٩ ـ أستمتع بالمجازفات الجديدة والمتنوعة .

٦٠ ـ أفكر باستمرار واتحدث كثيرا عن رغبتى فى الابصار .

٦١ ـ نادرا ما أحرج لعدم قدرتى التحكم فى عضلات وجهى .

٦٢ ـ نادرا ما أشعر بالندم على ما أقول .

٦٣ ـ فى معظم الأحيان أثق فى نفسى .

٦٤ ـ أكون سريع الغضب عند تواجدى مع المبصرين عما أكون عليه مع الأشخاص المكفوفين .

٦٥ ـ كثيرا ما أشعر بالقلق عندما أدخل فى مناقشات مع الأشخاص مبصرين.

٦٦ ـ كثيرا ما أشعر بالضيق عندما لا أستطيع العثور على ما أبحث عنه .

٦٧ ـ تضايقنى الاحباطات اليومية بصورة كبيرة .

نعم

٦٨ ـ أشعر بالقلق على حالتي الصحية .

٦٩ ـ كثيرا ما أخاف أن أضل الطريق .

٧٠ ـ كثيرا ما أشعر بأن الحجرة المألوفة لدى قد تغير شكلها .

٧١ ـ نادرا ما أشعر بالارتباك .

٧٢ ـ غالبا لا أندم على ما فعلته .

٧٣ ـ لايضايقني طلب المساعدة من الأشخاص المبصرين .

٧٤ ـ كثيرا ما يقلقني أن أكون موضع سخرية الأشخاص المبصرين .

٧٥ ـ غالبا لا أكون مهذبا مع الأشخاص المبصرين .

٧٦ ـ أشعر في بعض الأحيان بعدم أهميتي .

٧٧ ـ أرى أن المكفوفين يمكنهم التخطيط لمستقبلهم .

٧٨ ـ أشعر بتقدير المبصرين لانجازاتي .

اختبارساكس لتكملة الجمل

وضعه

جوزيف م . ساكس

نقله إلي العربية

الدكتور احمد عبز العزيز سلامه

بيانات شخصية ______________________

الاسم .... تاريخ الميلاد ....

الجنس .... التاريخ ....

المرحلة الدراسية __________ الجهة المحولة __________

	دقيقة	ساعة
زمن الابتداء	....	....
زمن الانتهاء	....	....
مدة الاختبار	______	______

التعليمات

فيما يلى ستون جملة ناقصة . أقرا كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول ما يرد إلى ذهنك ، اعمل باسرع ما تستطيع اذا لم تتمكن من أكمال جملة ما ، فارسم دائرة حول رقمها ثم عد اليها لاكمالها فيما بعد :

١ ـ اشعر أن والدى قليلا ما ....

٢ ـ عندما لا تكون الظروف فى جانبى ....

٣ ـ لقد كنت ابغى دائما أن ....

٤ ـ لو اننى كنت المسئول الاول ....

٥ ـ يبدو لى المستقبل ....

٦ ـ الناس الذين هم اعلى منى ....

٧ ـ أنا اعلم انها حماقة ، ولكننى اخاف من ....

٨ ـ اشعر بأن الصديق الحق ....

٩ ـ عندما كنت طفلا ....

١٠ ـ فكرتى عن المرأة الكاملة ....

١١ ـ عندما اشاهد رجلا وامرأة معاً ....

١٢ ـ اسرتى اذا قورنت بمعظم الاسر الاخرى ....

١٣ ـ فى عملى انا اكثر انسجاما مع ....

١٤ ـ امى ....

١٥ ـ أنا على استعداد لان اقوم بأى شئ ينسينى ذلك الوقت الذى ....

١٦ ـ بودى لو أن ابى قام بمجرد ....

١٧ ـ اعتقد أن عندى القدره على ....

١٨ ـ سأكون فى سعادة تامه اذا

١٩ ـ لو أن الناس عملوا من اجلى

٢٠ ـ أننى اتطلع إلى

٢١ ـ فى المدرسة المدرسون الذين يدرسون لى ....

٢٢ ـ أكثر اصدقائي لا يعملون اني اخاف من ....

٢٣ ـ انا لا أحب الناس الذين ....

٢٤ ـ فيما قبل الحرب كنت..

٢٥ ـ اظن أن معظم البنات ....

٢٦ ـ شعوري نحو الحياة الزوجية انها ....

٢٧ ـ أسرتي تعاملني كما لو ....

٢ ـ أن هؤلاء الذين أشتغل معهم ....

٢٩ ـ أنا وأمي ....

٣٠ ـ كانت أكبر غلطة ارتكبتها ....

٣١ ـ أود لو أن والدي ....

٣٢ ـ أكبر نقطة ضعف عندي

٣٣ ـ الشيء الذي اطمح اليه سرا

٣٤ ـ الناس الذين يعملون من اجلي

٣٥ في يوم من الأيام أنا ....

٣٦ ـ بودي لو تخلصت من الخوف من ....

٣٧ ـ عندما أرى رئيسي قادما

٣٨ ـ الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم ....

٣٩ ـ لو أني عدت صغيرا كما كنت

٤٠ ـ أعتقد أن معظم النساء ....

٤١ ـ لو كانت لي علاقات جنسية ....

٤٢ ـ معظم الأسر التي أعرفها

فهرس الموضوعات